

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL
CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA EN LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA DEL DISTRITO DE TACNA, 2012”**

Tesis para optar el título de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. María Pía Tejada Pinto

TACNA - PERÚ

2014

DEDICATORIA

A DIOS PORQUE HA ESTADO CONMIGO A CADA PASO
QUE DOY, CUIDÁNDOME Y DÁNDOME FORTALEZA PARA
CONTINUAR

CON TODO MI CARIÑO Y AMOR PARA LAS PERSONAS
QUE HICIERON TODO EN LA VIDA PARA QUE YO PUEDA
LOGRAR MIS SUEÑOS, POR MOTIVARME Y DARME LA
MANO CUANDO SENTÍA QUE EL CAMINO SE
TERMINABA, A USTEDES POR SIEMPRE MI CORAZÓN Y
MI AGRADECIMIENTO
MI MAMÁ AMANDA Y MI PAPÁ VICTOR HUGO

A MIS MAESTROS QUIENES NUNCA DESISTIERON AL
ENSEÑARME, AUN SIN IMPORTAR QUE MUCHAS VECES
NO PONÍA ATENCIÓN EN CLASE, A ELLOS QUE
CONTINUARON DEPOSITANDO SU CONFIANZA EN MI

Y POR ÚLTIMO DEDICO ESTA TESIS A TODOS AQUELLOS
QUE NO CREYERON EN MÍ, A AQUELLOS QUE
ESPERABAN MI FRACASO EN CADA PASO QUE DABA
HACIA LA CULMINACIÓN DE MIS ESTUDIOS, A
AQUELLOS QUE NUNCA ESPERABAN QUE LOGRARA
TERMINAR MI CARRERA, A TODOS AQUELLOS QUE
APOSTABAN A QUE ME RINDIERA EN MEDIO CAMINO, A
TODOS LOS QUE SUPUSIERON QUE NO LO LOGRARÍA, A
TODOS ELLOS LES DEDICO ESTA TESIS.

AGRADECIMIENTOS

EN PRIMER LUGAR A DIOS POR HABERME GUIADO POR
EL CAMINO DE LA FELICIDAD HASTA AHORA.

EN SEGUNDO LUGAR A CADA UNO DE LOS QUE SON
PARTE DE MI FAMILIA A MI PADRE VICTOR HUGO
TEJADA, MI MADRE AMANDA PINTO, MI ABUELA, MI
TIA; POR SIEMPRE HABERME DADO SU FUERZA Y
APOYO INCONDICIONAL QUE ME HAN AYUDADO Y
LLEVADO HASTA DONDE ESTOY AHORA.

EN TERCER LUGAR A MI ASESOR QUE ME AYUDO A
CULMINAR ESTE TRABAJO Y FUE MI GUÍA EN ESTE
PROYECTO.

Y POR ÚLTIMO A LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
TACNA “JOSÉ ROSA ARA” Y LAS INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE TARATA QUE SIN SU INCONDICIONAL
APOYO NO HUBIERA SIDO LA ELABORACIÓN DE ESTE
PROYECTO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1. Fundamentación del Problema	11
1.2. Formulación del problema	22
1.3. Objetivos de la Investigación	22
1.3.1. Objetivo General	22
1.3.2. Objetivos Específicos	22
1.4. Justificación del Problema	23
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
1.5. Antecedentes de la investigación	27
1.6. Marco teórico	29
1.6.1. Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	29
1.6.1.1. Definición de la Salud Sexual	29
1.6.1.2. Salud reproductiva	29
1.6.1.3. Salud sexual y sexualidad de adolescentes	29
1.6.1.4. Conducta sexual saludable	30
1.6.1.5. Percepción saludable del propio cuerpo	31
1.6.1.6. Factores individuales que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente	32
1.6.2. Conocimiento sobre la SSR	34

1.6.2.1. Definición de conocimiento	34
1.6.2.2. Características del conocimiento	35
1.6.2.3. Niveles del conocimiento humano	36
1.6.2.4. Conocimiento cotidiano	37
1.6.2.5. Conocimiento científico	38
1.6.2.6. Adquisición del conocimiento	40
1.6.3. Actitudes hacia la SSR	41
1.6.3.1. Definición de actitud	41
1.6.3.2. Componentes de la actitud	42
1.6.3.3. Dimensiones de la actitud	44
1.6.3.4. Características de las actitudes	45
1.6.3.5. Las actitudes y el comportamiento	47
1.7. Definición de términos	48

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Diseño de investigación	49
3.2. Ámbito de estudio	49
3.3. Población y muestra	49
3.3.1. Población	49
3.3.2. Muestra	50
3.3.3. Características de la población	50
3.4. Técnica de recolección de datos	51
3.5. Análisis estadístico	51
3.6. Instrumentos de recolección de datos	52
3.7. Operacionalización de variables	57

CAPÍTULO IV 58

RESULTADOS

CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	71
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	75
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS	85

RESUMEN

En este trabajo de investigación se valora la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), que ocupa un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo. Invertir cada vez más en su educación y salud podría contribuir al bienestar de los adultos del mañana. Los adolescentes, se enfrentan a muchos riesgos de SSR que se derivan de la actividad sexual temprana y sin protección, y no deseados.

Teniendo como objetivo principal comparar los conocimientos y las actitudes sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de los distritos de Tacna y Tarata. La investigación es un estudio no experimental, de tipo observacional, analítico descriptivo comparativo y prospectivo correlacional; con estudiantes adolescentes que cursen del cuarto y quinto año de secundaria, matriculados en la Institución Educativa Estatal “José Rosa Ara” del distrito de Tacna y las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, 2012.

Se encontró un predominio en el nivel de conocimiento regular y alto sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, en Tacna (48% y 50%) y en Tarata (42% y 48%) respectivamente. Existe una actitud favorable, con un porcentaje mayor en Tacna (70%) y Tarata (58%).

Existe una correlación directa entre el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna.

PALABRAS CLAVE: Salud sexual y reproductiva, adolescentes, conocimiento, actitud.

ABSTRACT

In this research the importance of sexual and reproductive health (SRH), which occupies an important place among international development priorities are assessed. Increasingly invest in their education and health could contribute to the welfare of the adults of tomorrow. Adolescents face many risks SSR derived from early sexual activity and unprotected and unwanted.

With the main objective to compare the knowledge and attitudes about sexual and reproductive health in the fourth and fifth year of high school districts Tarata Tacna. The research is a comparative and prospective correlational non-experimental descriptive study, observational, analytical, with teenage students taking the fourth and fifth year of high school, enrolled in State School "José Rosa Ara" Tacna district and State College Tarata district 2012.

Predominance in regular and high level knowledge about sexual and reproductive health in adolescents, in Tacna (48% and 50%) and Tarata (42% and 48 %, respectively) was found. There is a positive attitude, with a higher percentage in Tacna (70%) and Tarata (58%).

There is a direct correlation between the level of knowledge about sexual and reproductive health and attitudes towards sexual and reproductive health in the fourth and fifth year of secondary Tarata Tacna.

KEY WORDS: sexual and reproductive health, adolescents, knowledge, attitude.

INTRODUCCIÓN

La salud de los adolescentes y jóvenes, incluida la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), ocupa un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo.¹ Invertir cada vez más en su educación y salud podría contribuir al bienestar de los adultos del mañana.²

Los adolescentes, se enfrentan a muchos riesgos de SSR que se derivan de la actividad sexual temprana y sin protección, y no deseados. Los factores clave que subyacen a este problema son la falta de acceso a la educación sexual, la anticoncepción y accesible, asequible y apropiado.³ La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.⁴

Muchos de los comportamientos que se establecen durante la adolescencia pueden tener efectos persistentes en la edad adulta. Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas.⁵

Por tal motivo hemos realizado la presente investigación para determinar los conocimientos y actitudes frente a las Salud Sexual y Reproductiva, con escolares en edad adolescente de la zona urbana y rural de nuestro departamento.

¹ Organización Panamericana de la Salud. Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente. Washington, D.C.: OPS; 2010.

² Naciones Unidas. Comisión de Población y Desarrollo. Consejo Económico y Social. 45º período de sesiones. New York: UN; 2012.

³ World Health Organization. From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning - Improving contraceptive services for adolescents. WHO/RHR: Ginebra; 2012.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Salud sexual y reproductiva. 2012 [Citado 15 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>.

⁵ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones. Washington, D.C.: OPS; 2008.

Planteando nuevas expectativas para el desarrollo de estrategias en el ámbito de la prevención y promoción de la salud.

La presente investigación consta de VII capítulos; los cuales se han desarrollado en el siguiente orden; Capítulo I, el problema de la investigación donde se desarrolla la definición, formulación, objetivos y justificación del problema. Capítulo II, Marco teórico, se desarrolla además los antecedentes. El capítulo III, metodología de la investigación, se desarrolla tipo de investigación población y muestra las técnicas para la recolección análisis de los datos. Capítulo IV, se desarrollan los resultados obtenidos en la investigación mediante cuadros y tablas. Capítulo V, se plasman las discusiones del problema. Capítulo VI las conclusiones. Capítulo VII las recomendaciones. Finalmente la bibliografía y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.8. Fundamentación del Problema

En general se considera que los adolescentes son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.⁶ La mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia y juventud y se manifiestan como problemas de salud en la edad adulta. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), entre ellas el VIH; que agregan una carga económica evitable a los sistemas de salud.⁷

La adolescencia es el período de transición entre la infancia y la adultez. Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, proceso de desarrollo físico, psicológico y emocional desencadenado por cambios endocrinos que conducen a la madurez sexual y la capacidad reproductiva.² La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la población joven como las personas de 10 a 24 años de edad. Los adolescentes pertenecen al grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes al de 15 a 24 años.¹ En muchas sociedades se dispone por ley que la mayoría de edad se alcanza a los 18 o más años, por lo que podría enfocarse la definición del período correspondiente a la adolescencia en personas de 12 a 17 años.²

⁶ Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2012 [Citado 12 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/.

⁷ Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la próxima generación. Washington, DC: Banco Mundial; 2006.

Mundialmente el número de adolescentes y jóvenes está en su punto más alto.⁸ En 2012 había en el mundo 1 600 millones de personas de 12 a 24 años, de las cuales 721 millones eran adolescentes de 12 a 17 años. De continuar reduciéndose la fecundidad y la mortalidad a nivel mundial, se prevé un máximo de 762 millones en 2030 en el caso de los adolescentes. Se espera que para 2040 la población mundial de adolescentes sea de 755 millones.²

La salud de los adolescentes y jóvenes, incluida la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), ocupa un lugar de importancia entre las prioridades internacionales de desarrollo.¹ Invertir cada vez más en su educación y salud podría contribuir al bienestar de los adultos del mañana.²

Según mencionó Osotimehin, Director Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). “Sabemos que para alcanzar los objetivos de desarrollo es necesario que prestemos mayor atención a los adolescentes y los jóvenes”, señaló que hay más de 1 200 millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad y que de ellos, 9 de cada 10 viven en países en desarrollo. Agregó que “Necesitamos facultar a las poblaciones no servidas, especialmente de mujeres, jóvenes y adolescentes, y mejorar sus vidas”.⁹

Recordando las resoluciones que abordan directamente a los jóvenes, tenemos: Asamblea Mundial de la Salud (WHA, sigla en inglés) sobre la madurez antes de tener hijos y la promoción de la paternidad responsable; WHA sobre la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente; entre otras. Así mismo, las Naciones Unidas anima a los gobiernos a desarrollar y proporcionar a los jóvenes servicios integrales de

⁸ United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables. New York: UN; 2011.

⁹ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2011, 7 mil millones de personas: su mundo, sus posibilidades. New York: UNFPA; 2011.

SSR apropiados para la edad, incluyendo, la educación y servicios en materia de planificación familiar.¹⁰

Esta población adolescente, también es una prioridad para la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OMS, reflejada en los mandatos de los Estados Miembros, quienes en 2008 y 2009, adoptaron la Estrategia y Plan de Acción Regional para mejorar la salud de los adolescentes y jóvenes 2010-2018.¹¹ Así también, en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en el Cairo, 1994. Los gobiernos se comprometieron abordar las cuestiones relativas a la SSR de la adolescencia, poniéndole énfasis a los embarazos no deseados y a las ITS incluido el VIH.¹¹

El informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio publicado por las Naciones Unidas en el 2011 volvió a señalar que: “Llegar a los adolescentes es fundamental para mejorar la salud materna y el logro de otros ODM”.¹²

La mayoría de los adolescentes viven en un mundo diferente de aquel en el que sus padres crecieron. En comparación con los jóvenes de hace 20 años, en 2012 los adolescentes son más saludables y tienen más probabilidades de pasar su adolescencia en la escuela, retrasar el matrimonio y la procreación. Sin embargo, esos cambios no se están produciendo al mismo ritmo en todas partes y, como resultado, se observan desigualdades cada vez mayores entre los adolescentes y los jóvenes de un mismo país o diferentes países.²

La SSR es un buen ejemplo de continuo de cuidados, con ella se puede apreciar como la introducción de actividades de promoción y protección de la

¹⁰ World Health Assembly. Youth and Health Risks. Sixty-fourth WHA. 2011 May 24;24:1-4.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington, D.C.: OPS; 2010.

¹² World Health Organization. Sexual and reproductive health [página en internet]. Addressing the sexual and reproductive health of adolescents. 2012 [Citado 29 Oct 2012]. WHO; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/background/en/index.html>

salud dirigidas a los adolescentes contribuyen a decidir el momento más oportuno para el comienzo de las relaciones sexuales, hacerlo libre de coerción y a disminuir el riesgo de enfermar. También se mejora el conocimiento y el uso de métodos contraceptivos con lo cual se contribuye a respetar el derecho de decidir el momento apropiado para embarazarse.¹³

Los adolescentes, se enfrentan a muchos riesgos de SSR que se derivan de la actividad sexual temprana y sin protección, y no deseados. Los factores clave que subyacen a este problema son la falta de acceso a la educación sexual, la anticoncepción y accesible, asequible y apropiado.³ La salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.⁴

La mayoría de las personas inician su actividad sexual entre los 15 y los 19 años de edad, los niños antes que las niñas, y no existe una tendencia universal hacia el debut sexual temprano. Las tasas de uso de anticonceptivos por los adolescentes suelen ser bajas. Estudios sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes casadas y solteras en América Latina, Europa y Asia mostraron tasas que oscilan entre el 42% y el 68%.¹⁴

Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud, tienen menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleo informal y de pobreza, y sus niños sufren más riesgos de la salud.¹

A nivel mundial en 2008, había 16 millones de nacimientos de madres de 15-19 años, lo que representa el 11% de todos los nacimientos en todo el mundo. Alrededor del 95% de esos nacimientos se produjeron en países de bajos y

¹³ Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva, Guías para el continuo de atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. 2a. Ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.

¹⁴ World Health Assembly. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Sixty-fifth WHA. 2012 Mar 16;1-4

medianos ingresos. En estos países, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.¹⁵

Así mismo a nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo. En las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres. El embarazo adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres, y con menor nivel educativo.¹⁶ Las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar anticonceptivos que las mujeres adultas, aún en aquellos lugares en los cuales los anticonceptivos son fáciles de obtener.¹⁷ Se estima que cada año se practican alrededor de 3 millones de abortos inseguros en adolescentes entre 15 y 19 años de edad.¹⁸

La falta de conocimiento acerca de la planificación familiar y sexual y la falta de habilidades para poner ese conocimiento en práctica, pone a los adolescentes en riesgo de embarazo. La única medida global de la cobertura relacionada con la educación sexual indica que sólo el 36% y 24%, respectivamente, de los hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años en las regiones en desarrollo tienen conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. Un mejor conocimiento sobre el sexo y la planificación familiar, no sólo prevenir los embarazos precoces y no deseados, permitirá contribuir a la consecución del Objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA).¹⁴

El primer embarazo a una edad temprana es arriesgado. En los países de bajos y de ingresos medios, las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte en mujeres de 15-19 años. Por ello, la prevención

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra: OMS; 2012.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Ginebra: OMS; 2009.

¹⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas. How universal is access to reproductive health? A review of the evidence. Nueva York: UNFPA; 2010.

¹⁸ Ahman E, Shah I. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011;115:121-126.

del embarazo adolescente debe ser una intervención efectiva que contribuya al Objetivo del Milenio 5 (Mejorar la salud materna). Los embarazos precoces, no deseados están asociados con mayores niveles de aborto inducido, que en condiciones inseguras conllevan a riesgos graves de la salud, incluyendo la muerte. En 2008, había un estimado de tres millones de abortos inseguros en los países en desarrollo entre 15-19 años de edad.¹⁴

Esta población de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) es la mayor en la historia de la Región de las Américas, ya que representa al 24,5% de la población total (232 millones).¹ En varios países de la Región, la edad de inicio de relaciones sexuales se ha adelantado, y la mayoría de los jóvenes inicia la actividad sexual durante el período de la adolescencia. El porcentaje es mayor en las zonas rurales y entre los jóvenes con los niveles más bajos de educación. Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos.¹

En 2008, se estima que las adolescentes de los países en desarrollo tuvieron 14,3 millones de nacimientos. Se estima que las adolescentes representan 2,5 millones de los cerca de 19 millones de abortos inseguros que ocurren anualmente en el mundo en desarrollo. Las adolescentes representan el 14% de todos los abortos inseguros que ocurren en el mundo en desarrollo.¹⁹

Así también, la SSR de los adolescentes continúa siendo un asunto urgente en América Latina y el Caribe. VIH, abortos en situaciones de riesgo y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son aún causas importantes de mortalidad y morbilidad para la población joven. Embarazos

¹⁹ Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion Worldwide: A Decade of uneven Progress. Nueva York: Guttmacher Institute; 2009.

no deseados, ITS y la falta de acceso a anticonceptivos repercuten negativamente en la salud de este grupo.²⁰

La población joven es un grupo de edad importante, que comprende el 30% de la población en América Latina y el Caribe; la sexualidad precoz, los matrimonios tardíos y el mayor énfasis que se le ha dado a la educación han contribuido a la aceptación de la adolescencia como una fase distintiva de la vida.²¹ Dado que la población joven se ve particularmente afectada por la pandemia de la infección por el VIH, la SSR de los adolescentes merece especial atención. Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. Lo mismo sucede en aquellas de un nivel socioeconómico bajo.⁵

Actualmente se reconoce, la importancia del vincular SSR con VIH y SIDA. La mayor parte de las infecciones por el VIH son de transmisión sexual o se asocian al embarazo, parto y lactancia materna. El riesgo de transmitir y contraer el VIH puede incrementarse aún más debido a la presencia de ciertas ITS. Además, la insalubridad a nivel sexual y reproductivo y el VIH comparten causas de raíz, entre las que se incluyen la pobreza, el acceso limitado a información adecuada, inequidad basada en el género, normas culturales y marginación social de las poblaciones más vulnerables.²²

Cada persona con VIH puede contagiar a 20 personas. Considerando que una persona portadora del virus puede vivir con el mal hasta diez años sin notarlo, se presume que el contagio se haya producido cuando eran adolescentes y

²⁰ Pan American Health Organization. Regional strategy for improving adolescent and youth health. Presented in the 48th Directing Council, Washington, DC.: PAHO; 2008.

²¹ Pan American Health Organization. A Regional Initiative to Integrate Sexual and Reproductive Health, Gender, HIV/AIDS and STI. Washington, D.C.: PAHO; 2008.

²² IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW, Young Positives. Instrumento de evaluación rápida para la salud sexual y reproductiva y los vínculos con el VIH, Una guía genérica. Londres: IPPF; 2009

jóvenes.²³ A menudo, las normas culturales y sociales de género limitan su acceso a la información básica. Asimismo, las expectativas tradicionales relacionadas con la masculinidad están a menudo asociadas con los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH.²⁴ La comunidad internacional concuerda en que los ODM no podrán concretarse si no se garantiza el acceso universal a la SSR y a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH.²⁵

Se calcula que en 2010 hubo en todo el mundo 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH. En 2010 había aproximadamente 3,2 millones de jóvenes de 15-24 años infectados por el VIH. El 64% de ellos eran mujeres.²⁶

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años. No obstante, actualmente el Ministerio de Salud ha modificado dicho rango de edades para estar acorde con la normatividad nacional. Actualmente la etapa de vida adolescente es la población comprendida desde los 12 años de edad hasta los 17 años, 11 meses y 29 días, bajo Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA, del 14 de agosto del 2009.²⁷

²³ Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. Salud notificó 388 casos de personas con VIH en Tacna. 03 Ago 2010 [Citado 10 Set 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=491&cntnt01returnid=57>.

²⁴ Barker G, Ricardo C, Nascimiento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions. Ginebra: OMS; 2007.

²⁵ WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF. Salud sexual y reproductiva y el VIH vínculos: revisión de evidencias y recomendaciones. Ginebra: WHO; 2009.

²⁶ Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Datos fundamentales sobre la epidemia mundial de VIH y los progresos realizados en 2010. 2012 [Citado 14 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/es/index.html.

²⁷ Ministerio de Salud. Dirección de Atención Integral de Salud- Etapa de Vida Adolescente. Boletín informativo. Etapa de vida adolescente - N°1. Salud de las y los Adolescentes Peruanos, Ubicándolos y ubicándonos. Lima: MINSA; 2011.

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011, el porcentaje de madres adolescentes o embarazadas por primera vez (15 a 19 años), fue de 12,5%, disminuyendo en 0,5 punto porcentual respecto al año 2000. Muchos de estos embarazos terminan en abortos practicados por personas sin la debida formación profesional y en condiciones sanitarias inadecuadas, ya que los servicios médicos especializados son escasos y costosos porque además el aborto es ilegal en el Perú. Durante los últimos 20 años de análisis, se observa que la fecundidad adolescente se incrementó en mujeres con educación primaria (6,3%); tendencia que no favorece para alcanzar la meta del ODM.²⁸

En el Censo 2007 se registró un total de 2 millones 203 mil 348 mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de edad, de las cuales 160 mil 258 son madres. Del total de madres adolescentes, el 2,8% tienen edades entre 12 y 14 años y el 97,2% restante entre 15 y 19 años. Hay 6 millones 821 mil 386 madres desde 12 años de edad a más (64,5% del total). De este 64,5% hay 487 mil 321 madres solteras y de estas 160 mil 258 son madres adolescentes.²⁹ En el área rural del país, el 10,4% (56 mil 709) de la población de 12 a 19 años de edad ya son madres. En el área urbana, es el 6,2% (103 mil 549). La maternidad en la adolescencia es una de las causas principales para no continuar con los estudios.³⁰

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), correspondiente al trimestre abril-mayo-junio 2012, el porcentaje de población de 12 a 17 años de edad que integran los hogares del país, representa el 13,1% de la población. Al analizar por ámbito geográfico, se

²⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2011, Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2012.

²⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ojo al Perú, los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.

³⁰ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; 2010.

observa que en el área rural el 16,1% de su población son adolescentes, seguida por el área urbana y Lima Metropolitana con 12,8% y 11,0%, respectivamente.³¹

Entre los varones que han tenido relaciones sexuales alguna vez, parece ser que la actividad sexual se inicia durante la adolescencia intermedia, entre los 15 a los 17 años, durante la etapa escolar o cuando está por concluir este ciclo. Ello conduce a la necesidad de educar en los colegios sobre temas de salud sexual y reproductiva. Hay diferencias importantes en el inicio de la actividad sexual por áreas y regiones. Así, mientras en el total de la muestra, la primera experiencia sexual fue a los 16,8 años en promedio, en el área urbana (16,6) fue medio año antes que en el área rural (17,2).³²

En nuestro departamento según el Censo 2007, se registró un total de 22 mil 89 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales 1 mil 209 son madres. Del total de madres adolescentes, el 3,6% tienen edades entre 12 a 14 años y el 96,4% restante entre 15 a 19 años. El distrito con mayor porcentaje de madres precoces de 12 a 14 años es Tacna (0,6%). En cuanto al porcentaje de madres adolescentes de 15 a 19 años, la provincia que presentan el mayor porcentaje, es Tarata (18,2%).³³

En Tacna las gestantes adolescentes representan el 19,2% cifra que aunque es menor al promedio nacional, es todavía alta por su incremento sostenido en el departamento. El embarazo en los adolescentes frustra el proyecto de vida que cada persona tiene planificado realizar y al mismo tiempo existe una exigencia para insertarse al mercado laboral, por lo que algunos estudios

³¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Abril-Mayo-Junio 2012. INEI. 2012 Set;(3):3-62.

³² Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Perú: Conocimiento, Actitudes y Autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS, 2008. Lima: INEI; 2010.

³³ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Perfil Sociodemográfico del Departamento de Tacna. 1a. ed. Tacna: Oficina Departamental de Estadística e Informática (ODEI); 2009.

pueden relacionarlo con la pobreza.³⁴ Sin embargo que es necesario disminuir esta incidencia de embarazos en adolescentes, dado que en los últimos siete años se ha incrementado en 7 puntos porcentuales.³⁵

Así mismo, desde el año 1987 en la región Tacna se han notificado 388 personas que han sido infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH), pero ello no significa que sean la totalidad de casos, sino los que han sido atendidos en el Hospital Hipólito Unanue y los establecimientos de salud.²³ Según estadísticas de la Dirección de Salud Tacna (DIRESA) Tacna cada mes se reportan entre 3 a 5 casos nuevos de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en nuestra región.³⁶

Millones de adolescentes, niñas y varones, sueñan con tener vidas plenas, felices y en condiciones de seguridad; no obstante, una vasta mayoría de ellos recibe escasa información fidedigna con respecto a cuestiones de sexo, sexualidad o género. Las consecuencias son bien conocidas: al carecer de acceso a una educación integral sobre sexualidad y a servicios de SSR, los jóvenes, especialmente las niñas, son más vulnerables a atroces problemas de SSR.³⁷

Ante la presente problemática, que afecta directamente a la población adolescente, debido a sus implicancias en la prevención y promoción de las conductas saludables que repercutirán en la salud integral de las personas.

³⁴ Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. A nivel nacional 21% de gestantes son adolescentes. 19 Oct 2010 [Citado 25 Ago 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=531&cntnt01returnid=57>.

³⁵ Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. 17,6 % de embarazos en adolescentes se reportaron en primer trimestre. 17 Oct 2009 [Citado 30 Ago 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=268&cntnt01returnid=57>.

³⁶ Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. Cada mes se reportan entre 3 a 5 casos de personas infectadas con VIH. 24 Set 2008 [Citado 10 Set 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=8&cntnt01returnid=57>.

³⁷ International Planned Parenthood Federation, Guttmacher Institute. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo. London: IPPF; 2010.

Determinaremos los conocimientos y actitudes de la población escolar adolescente de nuestro departamento de Tacna; haciendo una comparación entre los distritos de Tacna y Tarata, que representan las zonas urbana y rural respectivamente. Para obtener una imagen fidedigna de la situación de dicha población.

1.9. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y las actitudes sobre salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria en las Instituciones Educativas del distrito de Tarata y una Institución Educativa del distrito de Tacna, 2012?

1.10. Objetivos de la Investigación

1.10.1. Objetivo General

Comparar los conocimientos y las actitudes sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria en las Instituciones Educativas del distrito de Tarata y una Institución Educativa de Tacna, 2012.

1.10.2. Objetivos Específicos

- A. Determinar el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa “José Rosa Ara” del distrito de Tacna, 2012.
- B. Determinar el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de

- secundaria de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, 2012.
- C. Conocer las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva predominantes en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa “José Rosa Ara” del distrito de Tacna, 2012.
- D. Conocer las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva predominantes en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, 2012.
- E. Relacionar el nivel de conocimientos sobre la SSR y las actitudes hacia la SSR en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa “José Rosa Ara” del distrito de Tacna, 2012.
- F. Relacionar el nivel de conocimientos sobre la SSR y las actitudes hacia la SSR en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, 2012.

1.11. Justificación del Problema

La adolescencia es la etapa de la segunda década de la vida humana que se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físico, psicológico, social y espiritual. Durante este período las personas completan el crecimiento y desarrollo físico, alcanzando la capacidad de reproducción.¹³ Los problemas de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que confrontan los adolescentes y jóvenes hoy son variados y complejos. Entre los problemas bien documentados se encuentran: el comportamiento sexual arriesgado; los

embarazos no deseados; la necesidad no atendida de anticoncepción; y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH.³⁸

El término Adolescente proviene del verbo latino “adolecere” cuyo significado es crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta, sin embargo la adolescencia tiene una connotación más significativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva y transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez.²⁷

Una de cada cinco personas en el mundo es un adolescente y el 85% de ellos vive en países en desarrollo. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga de morbilidad total de los adultos están relacionados con condiciones o comportamientos que se inician en la juventud, incluidos el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección o la exposición a la violencia.³⁹

Se calcula que los jóvenes de entre 15 y 24 años representaron un 45% de todas las nuevas infecciones por VIH de los adultos en 2007. Todos los años, alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. La gran mayoría de alumbramientos en la adolescencia se registra en países en desarrollo.¹³ En el plano de la salud, este embarazo predispone a una mayor morbi-mortalidad materna. Las complicaciones obstétricas asociadas a la inmadurez fisiológica son particularmente agudas entre las adolescentes

³⁸ Pan American Health Organization. Observatorio Regional de Salud [página en internet]. Salud Reproductiva en adolescentes y jóvenes. 2010 [Citado 25 Oct 2012]. OPS/OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5401&Itemid=2391.

³⁹ Organización Mundial de la Salud [página en internet]. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. Set 2008 [Citado 14 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html.

madres. Estas adolescentes están expuestas a situaciones de vulnerabilidad, como la deserción escolar, mortalidad materna, deterioro de salud.⁴⁰

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la salud reproductiva y sexual es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.⁴

A nivel mundial, las y los adolescentes representan el 20% de la población total, encontrándose el 85% en países en vías de desarrollo como el nuestro.²⁷ En el Perú las y los adolescentes (12 a 17 años) representan el 12,6% de la población total.⁴¹ Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS) 2012 del departamento de Tacna, los adolescentes representan el 18,48% (34 745 hab.) de la población total.⁴² Son necesarios avances significativos en equidad de género para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes, aumentar el empoderamiento de las adolescentes mujeres y la sensibilización de los adolescentes varones.²⁰

Según estadísticas del Ministerio de Salud (MINSA), a nivel nacional el 21% de gestantes son adolescentes, por lo que ya se considera un problema de salud pública, debido al riesgo y complicaciones que se pueden originar durante el embarazo, parto y puerperio. Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas.⁵

Según la OMS, la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transitan los patrones biológicos y

⁴⁰ Ministerio de Salud del Perú. Prevención del embarazo en adolescentes [página en internet]. Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes. 2010 [Citado 30 Set 2012]. MINSA; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/default.asp>.

⁴¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú. 1a. ed. Lima: MINSA; 2010.

⁴² Región de Salud Tacna. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud. DIRESA. Tacna: Dirección Regional de Salud; 2012.

psicológicos de la niñez a la adultez, establecimiento las posibilidades de independencia socioeconómica. Anteriormente, organismos internacionales habían acordado que la adolescencia comprendía entre las edades de 10 a 19 años; sin embargo, el Ministerio de Salud mediante la Resolución Ministerial N° 538-2009/MINSA del 14 de agosto de este año, ha modificado dicho rango de edades que ahora fluctúa entre los 12 a 17 años, 11 meses y 29 días.⁴⁰

En nuestro país, no existen estudios actuales que revelen la verdadera magnitud de este problema social tomando en cuenta cada distrito de nuestro departamento. La presente investigación determinará los conocimientos y actitudes frente a la Salud Sexual y Reproductiva, en estudiantes adolescentes de colegios de la zona urbana y rural de la ciudad de Tacna. Esto nos permitirá conocer las pautas iniciales sobre los aspectos esenciales del conocimiento preventivo promocional.

Así mismo, se realizará la comparación entre dichas poblaciones para determinar las diferencias significativas que presentan los escolares entre Las instituciones educativas del distrito de Tarata y una Instituciones Educativas del distrito de Tacna. Permittiéndonos enfocar posibles carencias o necesidades, para posteriormente plantear nuevas estrategias o acciones con el objetivo de mejorar las capacidades de discernimiento en dicha población adolescente; promoviendo de este modo el cuidado integral de la persona ante estas situaciones que causan daños a la persona, familia y comunidad, afectando el desarrollo de nuestra población.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Pinilla *et al.* en el año 2009, caracterizó las necesidades básicas y las expectativas de los adolescentes varones en Bucaramanga, Colombia, desde su percepción, con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Se utilizaron diálogos informales, entrevistas focales y observación. Se seleccionó por conveniencia una muestra de varones adolescentes de Bucaramanga, de estratos 2 al 6, de instituciones públicas y privadas, así como no escolarizados, entre los 13 y los 18 años, con un total de 52 participantes y 7 grupos focales. Se concluyó que a pesar de las diferencias culturales y socioeconómicas, los jóvenes concuerdan en sus percepciones, necesidades y expectativas acerca de la sexualidad y los servicios de SSR. El análisis final mostró cuatro categorías: experiencias sobre servicios de SSR, ideales sobre servicios de SSR, pornografía y sexualidad.⁴³

En el año 2010, Campo *et al.* realizó un estudio para establecer la prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR) en estudiantes de secundaria de Santa Marta, Colombia. Se realizó un estudio transversal. Se definió como PCRSSR la suma de dos o más, de cuatro posibles, comportamientos sexuales de riesgo durante la vida. Un grupo de 804 estudiantes informó haber tenido relaciones sexuales. Se determinó que el 36,1% mostró el estándar de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Se relacionaron con el PCRSSR el consumo de una sustancia ilegal (OR=11,4), el consumo de alcohol

⁴³ Pinilla E, Forero CM, Valdivieso MC. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):164-8.

(OR=2,5), el ser estudiante de educación media vocacional (OR=1,7) y el pertenecer al estrato socioeconómico medio o alto (1,4). Aproximadamente uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado. Se recomienda promover prácticas sexuales seguras.⁴⁴

Grajales *et al.* (2012) realizó una investigación para identificar las actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva (SSR). Con la participación de 1 178 adolescentes, entre los 12 y 18 años a quienes se les aplicó una encuesta con preguntas relacionadas con fecundidad. La investigación fue realizada en la ciudad de Medellín (Colombia) en 2009. Concluyó que más del 60% de los jóvenes tienen una actitud favorable hacia la educación sexual, tanto en el hogar como en la escuela; consideran que ejercer la sexualidad y utilizar los métodos anticonceptivos hacen parte de los derechos humanos, y que las relaciones sexuales ayudan al desarrollo de la personalidad. El 30% de los encuestados estuvo de acuerdo con el aborto debe ser respetado como una decisión de la mujer y cerca del 20% piensa que tener un hijo es la mejor forma de conservar la pareja y de demostrarle su amor. Los adolescentes reconocen en los padres una importante fuente de información en los temas relacionados con la fecundidad; así mismo la comunicación dentro de la familia sobre aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, se ha documentado como una importante estrategia para la protección de los jóvenes.⁴⁵

⁴⁴ Campo AA, Augusto CG, Herazo E. Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; 18(2):170-4.

⁴⁵ Grajales IC, Cardona D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). *Invest Educ Enferm.* 2012;30(1):77-85.

2.2. Marco teórico

2.2.1. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

2.2.1.1. Definición de la Salud Sexual

La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar (PAHO/WAS 2000).

2.2.1.2. Salud reproductiva

Es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o malestar, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN 1994).

2.2.1.3. Salud sexual y sexualidad de adolescentes

La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo, y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad. La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las

conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados.

Por ejemplo, los adolescentes que tienen un embarazo no deseado, practican el sexo sin protección y de riesgo, y tienen relaciones abusivas suelen ser los mismos que consumen sustancias y tienen bajo rendimiento escolar. Hay estudios que muestran que el consumo de sustancias está relacionado con una conducta sexual de riesgo, lo que a su vez lleva a un aumento en la incidencia de embarazos no deseados e ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Jessor, 1998).

Como ya se ha discutido, la alta fertilidad en la adolescencia está ligada a un bajo nivel educacional y a la pobreza, y viceversa (Buvinic, 1998, 1997); más aún, el comportamiento de riesgo se relaciona con el bajo rendimiento escolar y una menor supervisión y apoyo por parte de la familia (Advocates for Youth, 2001). Las causas subyacentes a estos problemas se originan en un pobre desarrollo psicosocial y en factores sociales y medioambientales inadecuados.

2.2.1.4. Conducta sexual saludable

La sexualidad y la conducta sexual se expresan a nivel individual, interpersonal y comunitario, éstas se caracterizan por la autonomía, reciprocidad, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda del placer y bienestar (OPS/WAS, 2000).

Se debe estimular la sexualidad adolescente responsable para evitar las consecuencias negativas de la conducta sexual. Un

adolescente sexualmente saludable es capaz de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares (del mismo sexo y del opuesto) de una forma respetuosa, y es capaz de expresar su amor e intimidad de manera apropiada.

La sexualidad sana implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona comportarse de manera que promueva su salud, incluyendo su salud sexual. En otras palabras, una persona debe tener las capacidades que le permitan apreciar su propia sexualidad, disfrutar los sentimientos sexuales, ser responsable de su propia conducta sexual y ser capaz de evitar situaciones que le lleven a consecuencias no deseadas. La conducta sexual sana incluye el desarrollo de una madurez que permita a las personas jóvenes expresar su sexualidad de forma consistente con sus valores y comprender las consecuencias de su conducta sexual. Esto implica evitar las relaciones sexuales hasta que se alcance la madurez física y emocional, y usar anticonceptivos modernos si se es sexualmente activo.

2.2.1.5. Percepción saludable del propio cuerpo

La salud sexual incluye apreciar y comprender el propio cuerpo. Esto es un reto durante la etapa inicial y media de la adolescencia, ya que estos periodos se caracterizan por cambios físicos dramáticos. Sin embargo, es importante que los jóvenes comprendan los cambios puberales y acepten que es una parte normal de su crecimiento y madurez. Se debe promover la noción de que “el cuerpo es un templo”, y el ejercicio y la alimentación sana son componentes importantes que contribuyen a ello.

Las muchachas y muchachos que participan en deportes, hacen ejercicio y comen de forma saludable son menos propensos a involucrarse en conductas de riesgo para la salud, y asumen prácticas y conductas más sanas, como retrasar el inicio de la actividad sexual, abstinencia de alcohol, tabaco y otras drogas y sometimiento a chequeos regulares (CDC, 2000; Mensch y cols., 1998).

2.2.1.6. Factores individuales que influyen en el desarrollo y la salud sexual adolescente

Durante la adolescencia, los y las jóvenes experimentan una serie de cambios que influyen en su salud sexual, forman parte del ciclo de vida y dependen del proceso de desarrollo del individuo. Todos estos procesos son interdependientes, así los procesos biológicos estimulan el desarrollo cognitivo y el desarrollo cognitivo está estrechamente relacionado con los procesos psicosociales y emocionales del desarrollo humano, incluyendo el desarrollo sexual.

A. Factores biológicos

El crecimiento y desarrollo de los adolescentes comienza en la pubertad, cuando ocurren los cambios biológicos, cognitivos y psicoemocionales. Exceptuando el periodo pre y postnatal, los años de la adolescencia se caracterizan por ser la etapa más rápida de crecimiento del desarrollo humano. Durante la pubertad, se experimentan cambios importantes, como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de las características sexuales secundarias.

B. Factores cognitivos

El proceso del desarrollo cognitivo, según la teoría cognitiva de Piaget (1969), va asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal que incluye un aumento en la capacidad de razonamiento abstracto, pensamiento hipotético y lógica formal.

Esto tiene como consecuencia el que los adolescentes tengan una mayor capacidad de razonar de forma abstracta, que entiendan el contexto social de las conductas, piensen en las alternativas y en las consecuencias que conlleva la toma de decisiones, evalúen la credibilidad de la información, consideren las implicaciones futuras de las acciones y controlen sus impulsos (Juszczak y Sadler, 1999; Haffner, 1995).

C. Desarrollo psicosocial

La sexualidad y las conductas saludables no pueden lograrse sin una comprensión del proceso de desarrollo psicosocial que influye en la conducta sexual del adolescente. Mientras que los cambios biológicos y cognitivos ocurren de forma involuntaria, el desarrollo psicosocial se rige por la percepción que cada uno tiene de sí mismo en relación al medio social y ambiental que le rodea. Los cambios cognitivos también se manifiestan a través de ciertas conductas psicosociales que son comunes a la mayoría de los adolescentes.

Su conducta varía de acuerdo al nivel de capacidad física, psicológica y social del individuo. Las influencias más importantes en el desarrollo psicosocial incluyen el desarrollo de la identidad sexual, moral, ética y espiritual del individuo y las luchas por la independencia/ dependencia entre sus pares y la influencia de sus padres (Juszczak y Sadler, 1999).

2.2.2. CONOCIMIENTO SOBRE LA SSR

2.2.2.1. Definición de conocimiento

Recordemos una cita de Platón: “Supongamos ahora que en la mente de cada hombre hay una pajarera con toda suerte de pájaros. Algunos en bandadas aparte de los demás, otros en pequeños grupos, otros a solas, volando de aquí para allá por todas partes... Podemos suponer que los pájaros son tipos de conocimiento y que cuando éramos niños este receptáculo estaba vacío; cada vez que un hombre obtiene y encierra en la jaula una clase de conocimiento, se puede decir que ha aprendido o descubierto la cosa que es el tema del conocimiento; y en esto consiste saber”.⁴⁶

Como señalan Tsoukas y Vladimirou (2001), el conocimiento es la capacidad individual para realizar distinciones o juicios en relación a un contexto, teoría o a ambos. La capacidad para emitir un juicio implica dos cosas: la habilidad de un individuo para realizar distinciones; y la situación de un

⁴⁶ Gestión del Conocimiento [página en internet]. Conocimiento. 2012. [Citado 5 Ago2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm.

individuo dentro de un dominio de acción generado y sostenido colectivamente.⁴⁷

Por último, la Real Academia de la Lengua Española, lo entiende como: “Acción y efecto de conocer”. “Entendimiento, inteligencia, razón natural”.⁴⁸

2.2.2.2. Características del conocimiento

A. El conocimiento como función y como acto

El ser humano es consciente de sí mismo y de la realidad que le rodea. De esa forma, a través de sus sentidos y de la razón, trata de conocer el mundo, el universo. En términos tradicionales, esa realidad que trata de ser conocida por el ser humano, se denomina objeto del conocimiento. También, en términos tradicionales, el hombre se constituye en sujeto del conocimiento, cuando en el acto de conocer, capta información del mundo circundante, de los objetos que lo rodean.

B. El conocimiento como problema

El ser humano utiliza un conjunto amplio de conocimientos, para dar solución a un sinfín de dificultades. Dicha labor, se realiza por medio de la indagación. Se interroga el entorno, con el fin de encontrar las acciones que se han de realizar para solucionar tales dificultades. De igual manera, adquiere

⁴⁷ Segarra CM, Bou LJC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. *Revista de Economía y Empresa*. 2005;2(53):175-9.

⁴⁸ Real Academia Española [página en internet]. *Diccionario de la lengua española*. 22a. ed. Madrid: 2001. [Citado 23 Set 2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conocimiento.

conocimientos, mediante la realización de un conjunto de acciones, para conocer lo desconocido o ignorado. En otras palabras, realiza procesos mentales y acciones racionalmente establecidas.

C. El conocimiento como proceso

Desde los comienzos de la humanidad, el conocer ha estado ligado, de manera indisoluble, a la práctica vital y al trabajo de los seres humanos. Ha sido un instrumento insustituible en la relación entre los seres humanos y un medio ambiente, al que procuran poner a su servicio. Tareas que hoy resultan sencillas, como domesticar animales o trabajar la tierra, sólo pudieron ser emprendidas, después de cuidadosas observaciones de todo tipo: el ciclo de los días y las noches, la reproducción de los animales y vegetales, las variaciones del clima, la calidad de las tierras, etc.

2.2.2.3. Niveles del conocimiento humano

El ser humano puede captar un objeto en tres niveles:⁴⁹

A. El conocimiento sensible

Conocido también como conocimiento sensitivo, este es la base de la cual parte cualquier conocimiento. El conocimiento sensible es singular; según Aristóteles, es un conocimiento verdadero, pues los sentidos no nos engañan pero está sujeto al movimiento y a la mutación de las cosas.

⁴⁹ Sánchez SRM, Solís VN. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años del Pueblo Joven Dos de Junio del Distrito de Chimbote-Perú, 2011. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2011.

Consiste en que un objeto se capta por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista.

B. El conocimiento conceptual

Consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. El conocimiento conceptual es universal. Este conocimiento prescinde de estructuras. Este es un conocimiento estructurado.

C. El conocimiento holístico

Llamado también intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas. En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual. Intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición (“holos” significa totalidad en griego). La principal diferencia entre el conocimiento holístico y conceptual reside en las estructuras.

2.2.2.4. Conocimiento cotidiano

Como la palabra indica, el conocimiento cotidiano es aquel que se adquiere en las acciones que realizamos todos los días, en el trabajo, en el deporte, en la recreación, etc., es decir

haciendo “cosas” cuyo objetivo fundamental no es la adquisición de conocimientos sino otro, y los conocimientos resultan ser un producto secundario de la actividad o la comunicación, que se logran algo así como “sin querer”.

Independientemente de que nos lo propongamos o no cada vez que interactuemos con objetos o personas la realidad se refleja en nuestro cerebro de algún modo y deja alguna huella, lo que conduce a que se reafirmen las ideas que teníamos, las adquiramos o se modifiquen (los cambios pueden ser en los contenidos conceptuales, procedimentales o actitudinales).

2.2.2.5. Conocimiento científico

El conocimiento científico es resultado de la aplicación consecuente de un método especial que muchos denominan método científico el cual posee, como elementos esenciales, la observación intencionada y minuciosa (de fenómenos, objetos, procesos, etc.), la formulación de problemas e hipótesis, la creación de modelos y su estudio, la experimentación y la revisión, análisis y síntesis minuciosas de la información existente sobre el objeto que se investiga, todo lo cual tiene como fin explicar (revelar las causas, la esencia) de la realidad que se investiga.

Uno de los resultados más relevantes de la aplicación de este método consiste en revelar que fenómenos aparentemente muy diferentes se relacionan con causas similares. Los conocimientos adquiridos por esta vía se diferencian esencialmente de los cotidianos en que generalmente se

refieren a las características esenciales de los objetos del conocimiento, tienen alto grado de sistematización y generalización, son abstractos y para considerarlos ciertos se exige su verificación práctica.

Características del conocimiento científico

A. Racional

No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.

B. Fático.

Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos

C. Objetivo

Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.

D. Metódico

Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

E. Auto-Correctivo o Progresivo

Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.

F. General

Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".

G. Sistemático

Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.

H. Acumulativo

Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.⁵⁰

2.2.2.6. Adquisición del conocimiento

La adquisición del conocimiento esta en los medios intelectuales de un hombre, en la observación, memoria, capacidad de juicio, etc. Los seres humanos son la única especie animal que realiza una transmisión sistemática e intencional de los conocimientos. El proceso de transmisión de conocimientos, normas, valores, ritos, conductas, tradiciones, etc., es lo que se denomina educación, que constituye una parte importante de la actividad social. Como señalo el sociólogo francés Durkheim “La educación consiste en la socialización sistemática de la generación joven”.

Al interactuar los individuos, se mantiene y difunde el conocimiento que es resultado de la actividad social. Los conocimientos son producidos por los individuos y están almacenados de alguna forma en la mente de los individuos, pero se generan en los intercambios con los otros, se comunican y se perfeccionan con los demás, en el proceso de transmitirlos y contrastarlos con lo que piensan o saben hacer los demás.

La palabra “aprender”, que usamos habitualmente para referirnos a la adquisición de saberes, y que proviene del latín “aprehendere”, transmite la idea de ese proceso mediante el

⁵⁰ Gómez ZA. Introducción a la didáctica de las ciencias. Capítulo 2: Concepto de conocimiento. [serie en internet]. 2006. [Citado 8 Set 2012]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-introduccion-didactica-ciencias/concepto-conocimiento>.

cual tomamos e incorporamos algo que está ahí a nuestra disposición o que los otros nos dan.⁴⁹

2.2.3. ACTITUDES HACIA LA SSR

2.2.3.1. Definición de actitud

El concepto de actitud surge del intento de explicar las regularidades observadas en el comportamiento de personas individuales. La raíz etimológica de la palabra actitud la encontramos en el vocablo latino *aptitudo*, el cual significa postura.⁵¹ La Real Academia de la Lengua Española considera la actitud como “postura del cuerpo humano, especialmente cuando es determinada por los movimientos del ánimo, o expresa algo con eficacia” o “disposición de ánimo manifestada de algún modo”.⁵²

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo, aprendida y relativamente permanente. El término actitud ha sido definido como reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado. Las actitudes son aprendidas. Pueden ser diferenciadas de los motivos bio-sociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes permanecen estables con el tiempo y siempre son dirigidas hacia un objeto o idea. Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que debemos nuestra mayor simpatía.⁴⁹

⁵¹ Macarro MJ. Actitudes y motivaciones hacia la práctica de actividad físico deportiva y el área de educación física, del alumnado de la Provincia de granada al finalizar la E.S.O. Editorial de la universidad de granada: Granada; 2008.

⁵² Real Academia Española [página en internet]. Diccionario de la lengua española. 22a. ed. Madrid: 2001. [Citado 25 Oct 2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=actitud.

Por último, mencionaremos que la actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o sus símbolos. Así los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos, símbolos, etc.; por ejemplo, actitudes hacia el aborto, la política económica, la familia, un profesor, la ley, el nacionalismo, etcétera.⁵³

2.2.3.2. Componentes de la actitud

Las actitudes se componen de 3 elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual):

A. Componente Cognoscitivo o perceptivo

Representa al conocimiento que tiene una persona acerca de lo que es verdadero o falso, bueno o malo, deseable o indeseable; dentro de ciertos límites de certeza. Para que exista una actitud, es necesario que exista también conocimiento o una representación cognoscitiva del objeto o hecho social, puede ser suficiente para sostener una actitud firme respecto del mismo. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto.

⁵³ Hernández SR, Fernández CA, Baptista LP. Metodología de la investigación. Recolección de los datos cuantitativos. 5a. ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2010.

Finalmente aquellos objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes, en definitiva la representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea.

B. Componente Afectivo

Destaca preferentemente los sentimientos y emociones del individuo, en favor o en contra de un objeto social o actitudinal. Es considerado el aspecto fundamental ya que es el componente más característico de las actitudes. Las actitudes en gran número se manifiestan en sentido afirmativo o negativo afectivo con respecto de sus objetos. La diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo.

C. Componente Conductual

Es la tendencia inconsciente a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera o a comportarse de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo. Es aquel componente que está relacionado con el comportamiento orientado por la actitud. Este componente puede ser trascendente en actitudes de negatividad o marginalidad social, tanto como generadoras potenciales de actitudes violentas.

Estos tres componentes no forman compartimentos estancos, que sumados nos den la actitud. Son muchos los estudios que demuestran la interacción que existe entre ellos. Es

precisamente por esta unidad e interacción por lo que resulta tan complejo y difícil el estudio de las actitudes y sobre todo, el cambio de actitudes.⁴⁹

2.2.3.3. Dimensiones de la actitud

Las actitudes están formadas por conocimientos (son los elementos que describen el objeto de la actitud, sus características y sus relaciones con otros objetos), sentimientos (agrado o desagrado con una fuerte carga afectiva) y tendencias reactivas (inclinación a actuar de manera determinada). Cada uno de estos tres elementos puede variar en función de una serie de dimensiones distintas:

A. Dirección de la actitud

Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal. Sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión. Por lo tanto, la dirección nos indica si una persona da su apoyo a un determinado modo de actuar, si le agrada o desagrada una persona, una cosa o una idea determinada.

B. Intensidad de la actitud

Es lo que da la fuerza a la dirección de la actitud, determina el punto de aceptación o rechazo. Para ello se elabora una escala cuya intensidad va gradualmente de “fuerte a débil”, tanto para el lado positivo como para el

lado negativo. La intensidad hace referencia a la fuerza del componente afectivo, al grado de sentimiento de las personas a favor o en contra de otras personas, objetos o ideas. Así, si la intensidad es mayor, es porque la emoción que provoca el objeto actitudinal también lo es. Además, cuanto mayor es la intensidad, mayor disposición a la acción habrá en la persona.

C. Grado

Esta dimensión designa la posición tomada en el continuo de una actitud (muy favorable, ligeramente favorable, etc.). El grado y la intensidad no son lo mismo. En este sentido es muy conveniente tener en cuenta, por todas aquellas personas que quieren influir en un cambio de actitudes, que la información es fundamental para que las actitudes no se aparten de los hechos.

D. Prominencia

Esta cuarta dimensión tiene que ver con la importancia general de una actitud, comparándola, pues con el resto de las actitudes y opiniones de donde proviene. Así, puede tener un peso específico grande o pequeño en la constelación de las actitudes de un individuo.⁴⁹

2.2.3.4. Características de las actitudes

Se considera como características más significativas de las actitudes, las siguientes:

- No son innatas, sino que se adquieren a través del proceso de educación y socialización. Son el resultado de un conjunto de experiencias sociales que se han adquirido a lo largo de la vida.
- Pueden ser modificadas, aunque se trata de disposiciones relativamente estables. Así, las actitudes presentan un carácter dinámico, pudiéndose modificar según las experiencias vividas por una persona. El cambio de actitudes puede ser estimulado y facilitado cuando una persona se ve enfrentada a una discrepancia entre una actitud suya y algún elemento de la realidad que puede ser bien una información que contradice sus presupuestos actitudinales.
- Las actitudes pueden ser generales o específicas, podemos encontrarnos ante una actitud positiva hacia la actividad física en general, por considerarla como algo divertido y, sin embargo, no presentar la misma actitud hacia una actividad específica como puede ser el fútbol.
- Las actitudes tienden a agruparse unas con otras y a estar mutuamente relacionadas. Así, una persona podrá tener unas actitudes concretas hacia un determinado objeto de forma que cuando éstas se relacionen entre sí para constituir un conjunto organizado de actitudes, influenciadas mutuamente, hablaremos de la existencia de un valor subyacente que supone un concepto generalizado de lo que es bueno o malo en el sistema social.
- Existe una evidencia manifiesta entre las actitudes de una persona y los comportamientos de la misma.⁵¹

2.2.3.5. Las actitudes y el comportamiento

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Si mi actitud hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si mi actitud es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las próximas elecciones. Desde luego, las actitudes solo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí.

Por ello, las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” y no como “hechos”. Si detecto que la actitud de un grupo hacia la contaminación es desfavorable, esto no significa que las personas estén tomando acciones para evitar contaminar el ambiente, aunque si es un indicador de que pueden adoptarlas en forma paulatina. La actitud es como una “semilla” que bajo ciertas condiciones suele “germinar en comportamiento”.⁵⁴

Las actitudes dependen del gusto, las preferencias e inclinaciones derivadas de las experiencias personales desde el punto de vista de la Psicología; en la perspectiva Sociológica depende de la interacción social con valores y actitudes compartidos. Las actitudes positivas o negativas están relacionadas con la experiencia personal y social de cada individuo, de acuerdo a los incentivos o castigos recibidos, las perspectivas adoptadas proporcionan los fundamentos para orientar las distintas técnicas dirigidas al cambio de actitudes.¹⁷

⁵⁴ Zabala AA. Proyecto de investigación científica. Recolección de los datos. 1a. ed. Perú: Editorial San Marcos; 2007.

Definición de términos

- **Adolescencia:** no existe un concepto universal de adolescencia si no muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas o psicológicas.
- **Género:** es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (PAHO/WAS 2000).
- **Salud reproductiva:** es el estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o malestar, en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN 1994).
- **Salud sexual:** la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar (PAHO/WAS 2000).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.8. Diseño de investigación

Se realizó un estudio no experimental, de tipo observacional, analítico descriptivo comparativo y prospectivo correlacional; con estudiantes adolescentes que cursen del cuarto y quinto año de secundaria, matriculados en la Institución Educativa Estatal “José Rosa Ara” del distrito de Tacna y de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, 2012.

3.9. Ámbito de estudio

La Institución Educativa Estatal “José Rosa Ara” perteneciente al distrito de Tacna y las instituciones educativas pertenecientes al distrito de Tarata.

Estas Instituciones Educativas representan la población escolar tacneña adolescente que radica dentro de una zona urbana y rural respectivamente. Cada población posee características singulares propias del ambiente sociocultural; por lo que permitirán el enfoque para la comparación de los conocimientos y actitudes particulares de los adolescentes de cada distrito.

3.10. Población y muestra

3.10.1. Población

La investigación se realizó con estudiantes adolescentes que cursen el 4to y 5to año de secundaria, matriculados en la Institución Educativa Estatal “José Rosa Ara” del distrito de Tacna y las Instituciones

Educativas del distrito de Tarata. Siendo la población $N = 98$ y 48 escolares respectivamente.

3.10.2. Muestra

No se realizó procedimientos de muestreo. Ingresaron al estudio todos los escolares que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la presente investigación.

Fueron incluidos solamente los estudiantes adolescentes del 4to y 5to. Año de secundaria; debido a su desarrollo psicosocial. Permittiéndonos obtener una perspectiva concienzuda sobre los objetivos planteados en nuestro estudio. Por ello nuestra muestra es $n = 98$ y 48 escolares respectivamente.

3.10.3. Características de la población

A. Criterios de inclusión

- Estudiantes adolescentes con edades entre 14 a 17 años, 11 meses y 29 días, matriculados para el año académico 2012 que cursen 4to o 5to año de secundaria, en la Institución Educativa Estatal “José Rosa Ara” o las Instituciones Educativas de Tarata.

B. Criterios de exclusión

- Estudiantes adolescentes con edades menores a 14 años y mayores de 18 años.
- Estudiantes adolescentes que no hayan asistido a las clases, en el día de aplicación de la encuesta.
- Estudiantes adolescentes que se encuentren con descanso médico, en el día de aplicación de la encuesta.

- Estudiantes adolescentes que se nieguen a realizar la encuesta para el presente estudio de investigación.

3.11. Técnica de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue mediante la aplicación autosuministrada del instrumento la encuesta, para identificar los niveles conocimientos y actitudes de los alumnos de 4° y 5° de secundaria de las Instituciones Educativas de Tacna y Tarata sobre Salud Sexual y Reproductiva.

3.12. Análisis estadístico

Todos los datos y resultados obtenidos por medio del instrumento, fueron introducidos en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2010. Los análisis estadísticos se realizarán utilizando el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, IBM® SPSS® Statistics versión 20 (2011, Chicago, IL) para Microsoft® Windows 7; según las escalas de medición definidas en la operacionalización de variables.

Posteriormente, los datos de los estudiantes se codificarán y clasificarán en grupos de acuerdo a las variables en estudio. Las estadísticas descriptivas significativas, tales como las medidas de frecuencia, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, y rangos serán utilizadas para describir la muestra.

Para la correlación entre el nivel de conocimiento sobre la SSR y las actitudes hacia la SSR, se utilizará la prueba de correlación de Pearson. La prueba *t* de Student o el Análisis de la Varianza (ANOVA) será utilizado para determinar su relación con variables cuantitativas.

Las diferencias de las medidas categóricas se informarán como valor de p. El nivel de significación estadística utilizado será de $p < 0,05$.

3.13. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de evaluación es de tipo cuestionario y consta de 4 partes:

La primera contendrá los datos sociodemográficos del encuestado, teniendo como variables: edad, sexo y año de estudios.

La segunda sección evaluará el nivel de conocimientos, mediante un cuestionario elaborado para la investigación.

Dicho instrumento incluye 10 preguntas con opciones de respuesta dicotómicas: Si y No. Se colocará un valor numérico continuo de 1-0 respectivamente a la categorización, en las preguntas con calificación positiva o verdadera. Y numeración viceversa en el continuo de 0-1 respectivamente, en las preguntas negativas o falsas.

Se evaluarán 2 dimensiones de los conocimientos sobre la SSR: (se incluye los ítems para evaluar cada indicador):

- Conocimientos sobre la Salud Sexual, con 5 ítems (1, 2, 3, 4 y 5).
- Conocimientos sobre la Salud Reproductiva, con 5 ítems (6, 7, 8, 9 y 10).

Las puntuaciones del cuestionario, se obtendrán sumando los valores numéricos alcanzados respecto de cada pregunta. Se calificara con un puntaje de “1” las respuestas correctas y con “0” las respuestas incorrectas. Entonces la puntuación se analizará en el continuo 0-10. En donde:

0 a 3 = Bajo conocimiento
4 a 7 = Regular conocimiento
8 a 10 = Alto conocimiento

En la tercera parte, se planteará la pregunta ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales coitales? con opciones de respuesta dicotómica y ante la respuesta afirmativa se plantea ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? con tipo de respuesta abierta.

Así mismo, se preguntará sobre las fuentes de información sobre SSR y los métodos anticonceptivos que conocen, con opciones de respuesta múltiple.

En la cuarta parte se usará la Escala de Actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva.

Este instrumento, incluye 10 ítems de calificación positiva o favorable y negativa o desfavorable. Cada elemento se administrará utilizando la escala Likert de cinco opciones de respuesta: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En Desacuerdo y Totalmente en Desacuerdo. Se colocará un valor numérico continuo de 5-1 respectivamente a la categorización, en las afirmaciones con calificación positiva y viceversa con el continuo de 1-5 respectivamente, en las afirmaciones negativas.

Se evaluará 2 dimensiones actitudinales diferentes hacia la SSR (se incluyen los ítems que abarca cada ámbito):

- Actitudes hacia la Salud Sexual, con 5 ítems (1, 2, 3, 4 y 5).
- Actitudes hacia la Salud Reproductiva, con 5 ítems (6, 7, 8, 9 y 10).

Las puntuaciones de la escala, se obtendrán sumando los valores numéricos alcanzados respecto de cada ítem o afirmación. Se calificará el promedio numérico resultante para cada indicador, mediante la fórmula PT/NT : donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones. Entonces la puntuación se analizará en el continuo 1-5. En donde:

1 a < 2 = Actitud Muy desfavorable

- 2 a < 3 = Actitud Desfavorable
- 3 = Actitud Indiferente
- > 3 a 4 = Actitud Favorable
- > 4 a 5 = Actitud Muy favorable

A. Pruebas de confiabilidad

Se realizó la prueba de confiabilidad o fiabilidad de los instrumentos, utilizando la medida de consistencia interna determinada mediante el “Método de Kuder-Richarson 20 (KR-20)” para el cuestionario de conocimientos sobre SSR (dicotómicas) y el “Coeficiente Alpha de Cronbach” para la escala de actitudes hacia la SSR (tipo Likert). Se aplicó una prueba piloto, obteniéndose los siguientes resultados.

MÉTODO DE KUDER-RICHARSON 20 (KR-20)

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \times \frac{S_t^2 - \sum pq}{S_t^2}$$

Donde:

n = Número total de ítems

S_t^2 = Varianza de las puntuaciones totales

p = Proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos

q = $1 - p$

$$KR_{20} = \frac{10}{10-1} \times \frac{4,2737 - 1,66}{4,2737}$$

$$KR_{20} = 1,11 \times 0,6116$$

$$KR_{20} = 0,6789$$

El reporte obtenido, nos da un valor de consistencia interna según método de Kuder Richardson o coeficiente KR-20 de 0,68 reflejando que la confiabilidad del instrumento que se aplicará para determinar el nivel de conocimientos sobre la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es ACEPTABLE; esto implica que el instrumento es estadísticamente confiable.

ALPHA DE CRONBACH

ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,866	0,870	10

Estadísticos de resumen de los elementos

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	3,395	2,300	4,450	2,150	1,935	0,406	10
Varianzas de los elementos	1,614	0,787	2,261	1,474	2,873	0,217	10
Correlaciones inter-elementos	0,401	-0,120	0,696	0,816	-5,787	0,036	10

El reporte obtenido, nos da un valor del Alpha de Cronbach de 0,87 reflejando que la confiabilidad del instrumento que se aplicará para determinar las actitudes hacia la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es ACEPTABLE; esto implica que el instrumento es estadísticamente confiable.

3.14. Operacionalización de variables

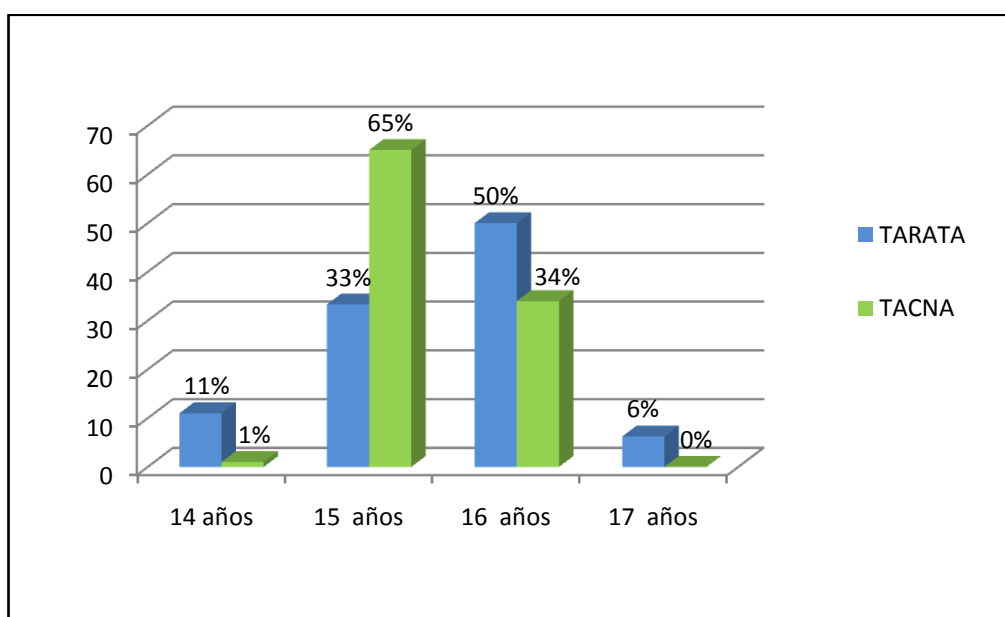
VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
SEXO	Fenotipo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
EDAD	Fecha de nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 17 años 	Escala
AÑO DE ESTUDIOS	Matricula	<ul style="list-style-type: none"> • 4to secundaria • 5to secundaria 	Ordinal
CONOCIMIENTOS	Conocimientos sobre la Salud Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Regular • Bajo 	Ordinal
	Conocimientos sobre la Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Alto • Regular • Bajo 	Ordinal
RELACIONES SEXUALES	Edad de inicio	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 17 años 	Escala
ACTITUDES	Actitudes hacia la Salud Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Favorable • Favorable • Indiferente • Desfavorable • Muy Desfavorable 	Ordinal
	Actitudes hacia la Salud Reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Favorable • Favorable • Indiferente • Desfavorable • Muy Desfavorable 	Ordinal

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

GRÁFICO 1

COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN EDAD DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA.



Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

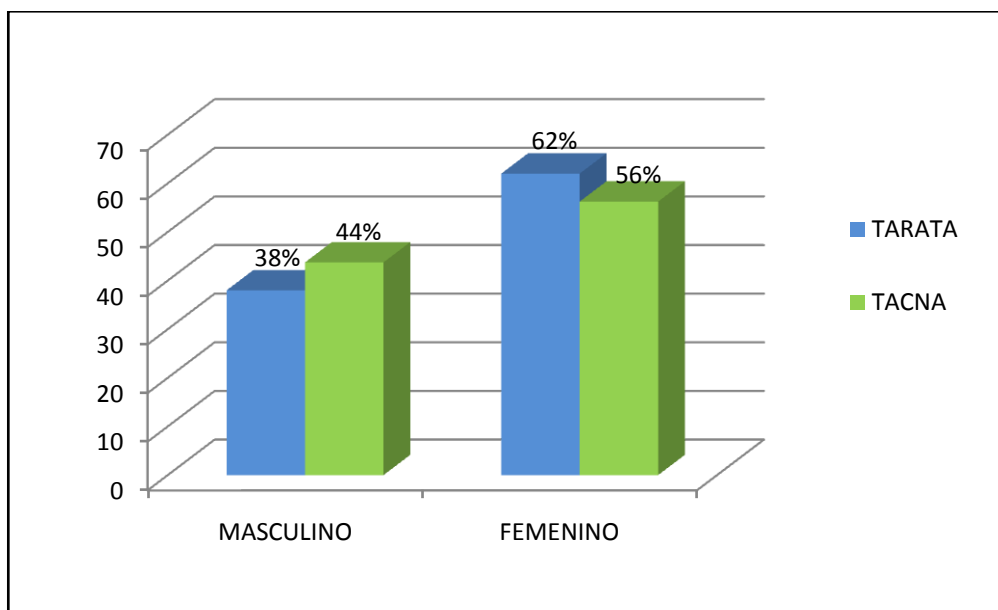
En el gráfico N°1 se observa que el rango de edades de los adolescentes encuestados de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata es de 14-17 años, siendo un 50% de 16 años, un 33% de 15 años, 11% de 14 años y un promedio bajo de 6% de 17 años.

El rango de edades de la Institución Educativa “José Rosa Ara” del distrito de Tacna varía entre 14 y 16 años, siendo los adolescentes encuestados de 15 años con mayor porcentaje (65%), seguida de 16 años con un 34% y finalmente 14 años con un 1%.

A diferencia de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata que poseen un rango de edad de 17 años (6%), en la Institución Educativa “José Rosa Ara” no se encuentra adolescentes con dicha edad. Además el porcentaje mayor de las instituciones Educativas del distrito de Tarata es de 16 años y en la Institución Educativa “José Rosa Ara” es de 15 años.

GRÁFICO 2

COMPARACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SEXO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA



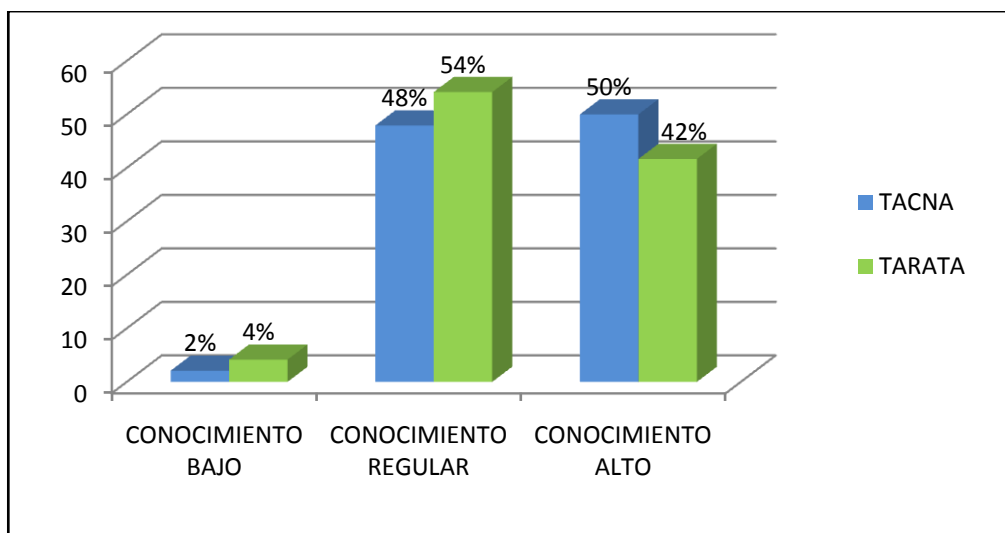
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 2, se observa los adolescentes encuestados de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata, un 62% fueron del sexo femenino y un 38% de sexo masculino.

Los adolescentes de la Institución Educativa “José Rosa Ara” que fueron encuestados un 56% fueron de sexo femenino y un menor porcentaje de 44% de sexo masculino.

En ambas Instituciones Educativas el sexo que predominó fue el femenino y en un menor porcentaje de sexo masculino.

GRÁFICO 3
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS
ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL
DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL
“JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA



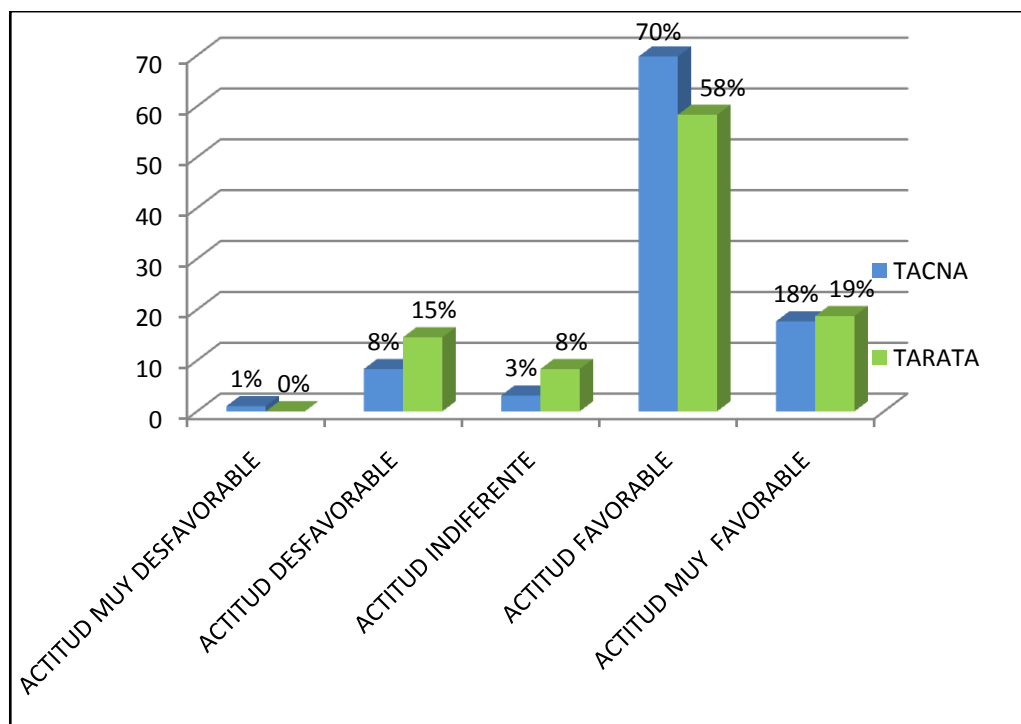
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.
 Correlación de Pearson: Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

En el gráfico N° 3 se observa la comparación del nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de las Instituciones Educativas del distrito de Tarata y la institución Educativa “José Rosa Ara” de Tacna, siendo en Tacna un 50% y 48% de un conocimiento alto y regular; en Tarata un 48% y 42% el conocimiento regular y alto. La diferencia es poco pero la Institución Educativa “José Rosa Ara” de Tacna tiene ligeramente un porcentaje mayor.

Con un mínimo porcentaje de 2% y 4% tienen un conocimiento bajo.

GRÁFICO 4

COMPARACIÓN DE LA ACTITUD DE LOS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA

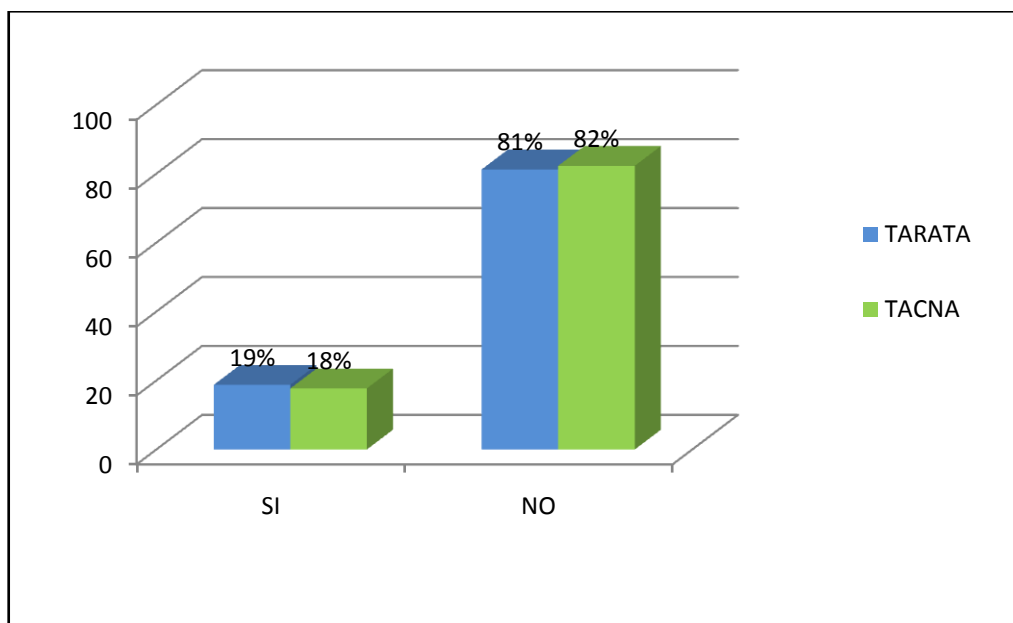


Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.
Análisis de la Varianza (ANOVA): Como $\alpha = 0,05$ es mayor a P-Valor = 0,000, Es decir que a medida que aumenta el puntaje de conocimiento de los adolescentes existe una correlación a la actitud de los adolescentes respecto a la salud sexual y reproductiva

En el gráfico N° 4, la actitud de los adolescentes encuestados de las Institución Educativa “José Rosa Ara” y las Instituciones Educativas de Tarata hacia salud sexual y reproductiva, se observa que ambas Instituciones Educativas la actitud con mayor porcentaje es favorable con 70% para Tacna y 58% para Tarata, se observa un mayor porcentaje en Tacna y una actitud desfavorables para Tacna (8%) y Tarata (15%), hay una diferencia que la actitud desfavorable es mayor en los adolescentes de Tarata.

GRÁFICO 5

COMPARACIÓN DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES EN LOS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA

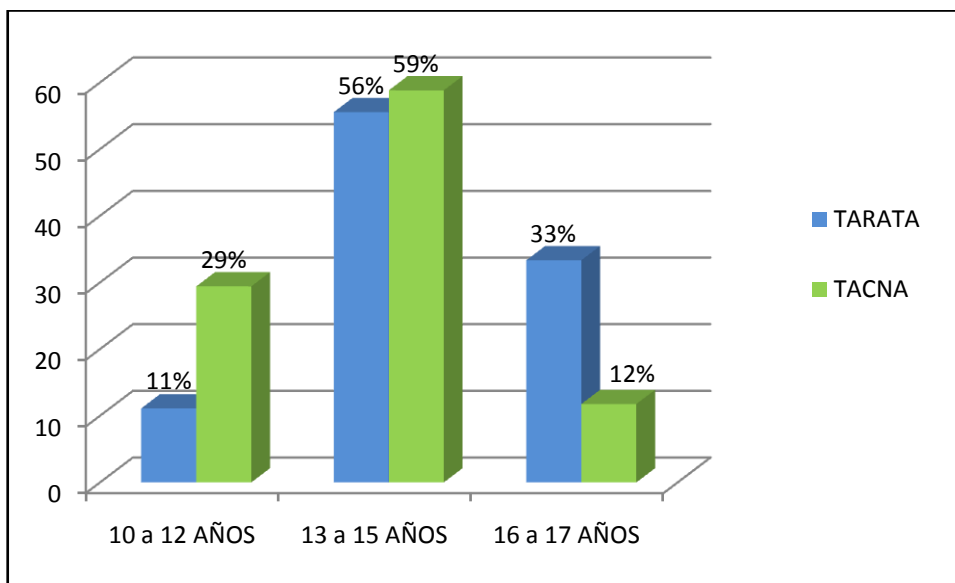


Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 5 se observa un 19% y 18% de los adolescentes de las Instituciones Educativas de Tarata y Tacna respectivamente iniciaron ya sus relaciones sexuales coitales, y con mayor porcentaje (81% y 82%) de los adolescentes de las Instituciones Educativas de Tarata y Tacna respectivamente no iniciaron sus relaciones sexuales coitales.

GRÁFICO 6

COMPARACIÓN DE EDADES DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES COITALES EN LOS ADOLESCENTES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL “JOSÉ ROSA ARA” DEL DISTRITO DE TACNA.

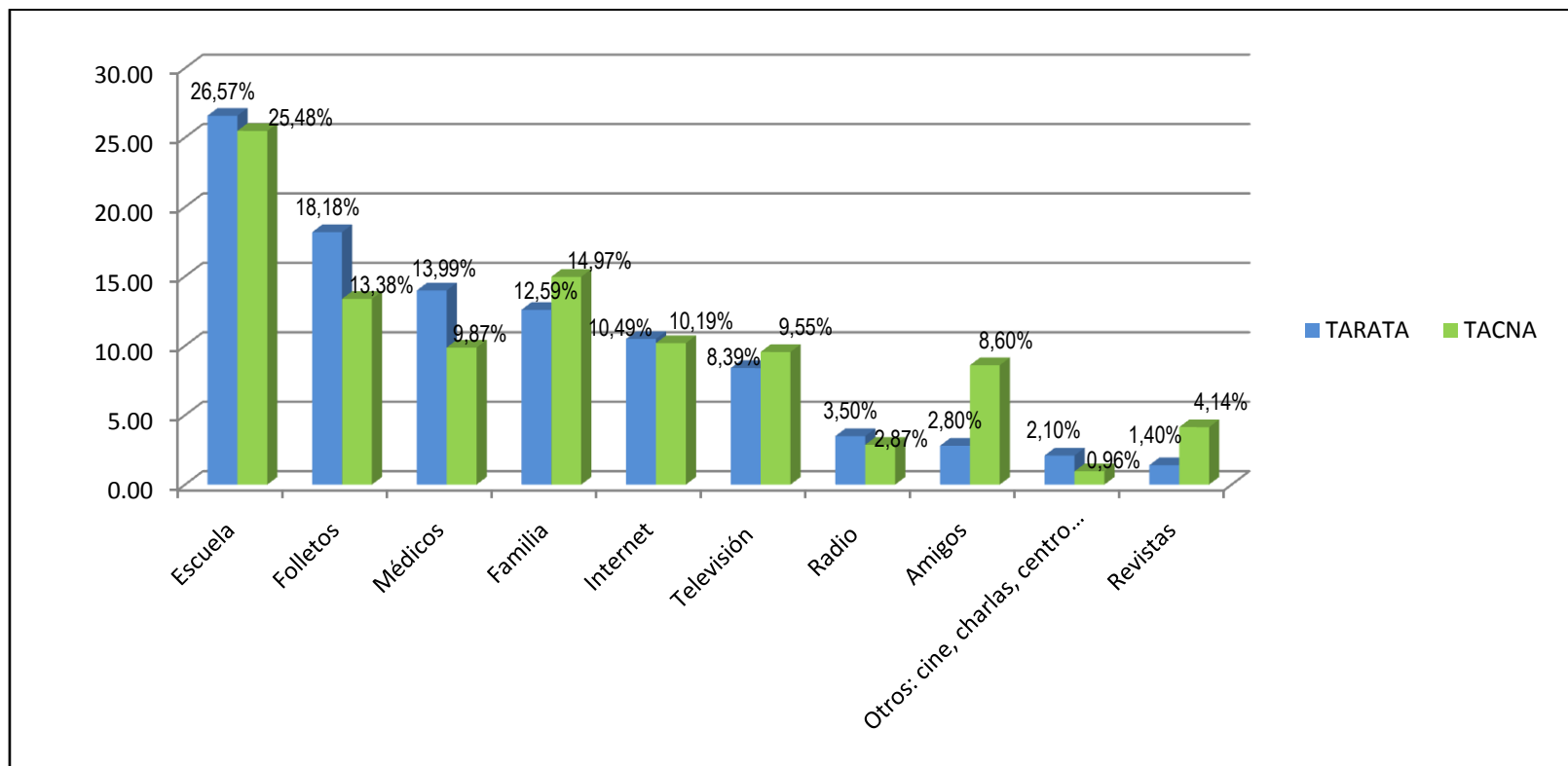


Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 6 se observa que los adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales coitales a edades tempranas como el rango de 10-12 años fue de 11% en Tarata y 29% en Tacna. En mayor porcentaje fue de 56% en Tarata y 59% en Tacna entre edades de 13 a 15 años y el rango de 16 a 17 años de 33% en Tarata y 12% en Tacna.

GRÁFICO 7

COMPARACIÓN DEL ÍTEM DE DÓNDE OBTUVO INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



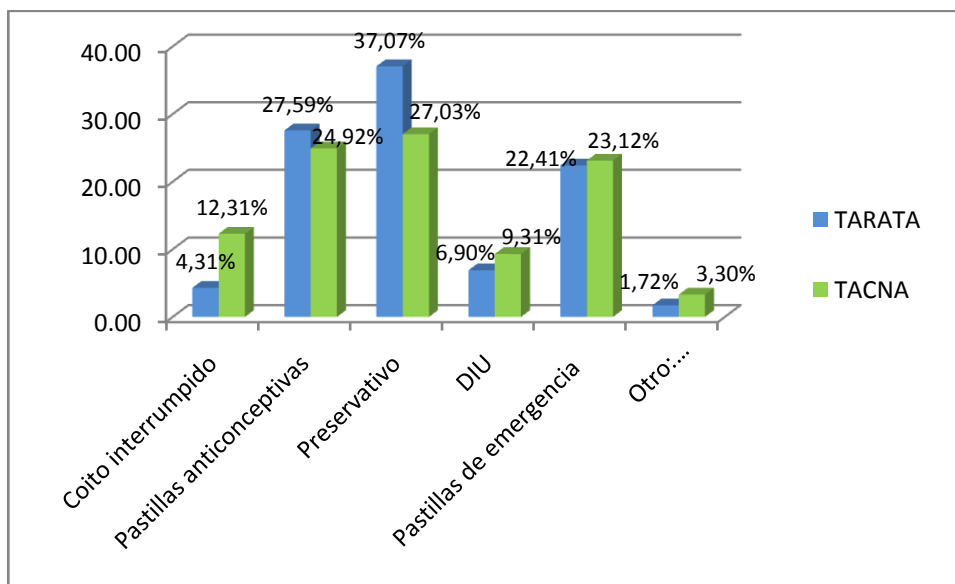
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 7, observan los resultados, donde se muestra la variable conocimiento de la Salud Sexual y reproductiva y el ítem de donde obtuvo información sobre Salud Sexual y reproductiva, donde los adolescentes refirieron que la información lo obtuvieron en la escuela en mayores porcentajes de 26,57% y 25,48% (Tarata y Tacna), en segundo lugar refieren folletos, en Tarata (18,18%) y en Tacna (13,38%), en tercer lugar Familia, en Tarata (12,59%) y en Tacna (14,97%) y en cuarto lugar Médicos, en Tarata (13,99%) y en Tacna (9,87%).

Podemos decir que no existen grandes diferencias entre las zonas rurales y urbanas, ya que en ambas Instituciones Educativas coinciden las respuestas de donde obtienen conocimiento sobre la Salud Sexual y reproductiva y es la escuela.

GRÁFICO 8

COMPARACIÓN DEL ÍTEM LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCE:



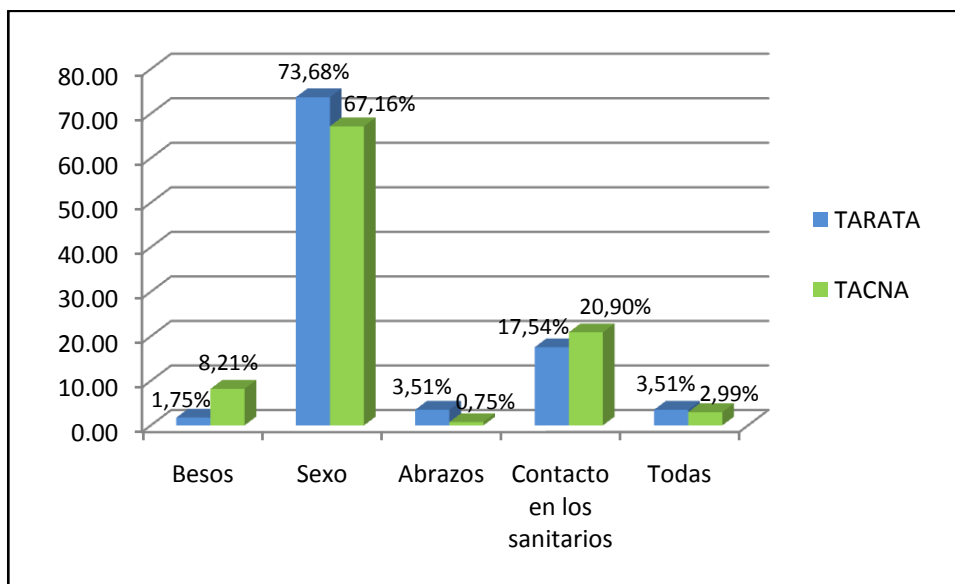
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 8, se observa que los adolescentes refieren que el método anticonceptivo que conocen son con un mayor porcentaje el preservativo con 37,07% en Tarata y 27,03% en Tacna, en segundo lugar las pastillas anticonceptivas con 27,59% en Tarata y 24,92% en Tacna, en tercer lugar las pastillas de emergencia con 27,59% en Tarata y 24,92% en Tacna. Estos son los métodos que mas conocen los adolescentes y en menores porcentajes refieren conocer el coito interrumpido, DIU y otros.

Se observa que no existen diferencias entre la zona urbana y rural, en ambas zonas los adolescentes refieren que el método anticonceptivo que conocen es el preservativo.

GRÁFICO 9

COMPARACIÓN DEL ÍTEM ¿CÓMO SE ADQUIEREN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?



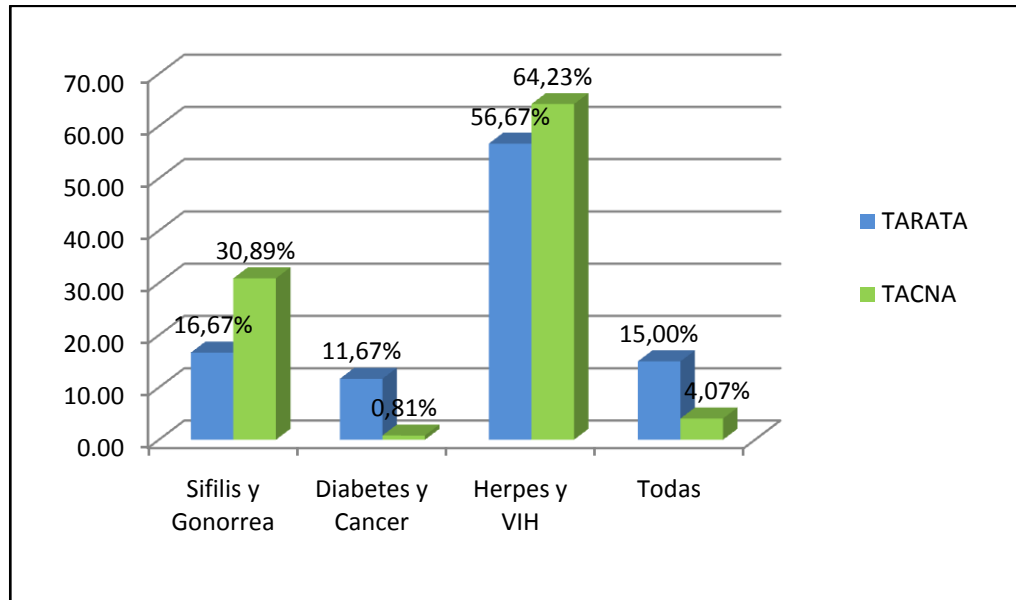
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 9, a lo que se refiere a la variable conocimiento en el ítem ¿Cómo se adquieren las infecciones de transmisión sexual?, los adolescentes refirieron que mediante el sexo con un 73,68% en Tarata y con 67,16% en Tacna; y con menores porcentajes por contacto en los sanitarios, besos, abrazos y todas.

Como reflejan los resultados los adolescentes de las zonas urbana y rural tienen conocimiento que las infecciones de transmisión sexual se transmiten por el sexo.

GRÁFICO 10

COMPARACIÓN DEL ÍTEM DE LAS SIGUIENTES CUAL CONSIDERA UNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL



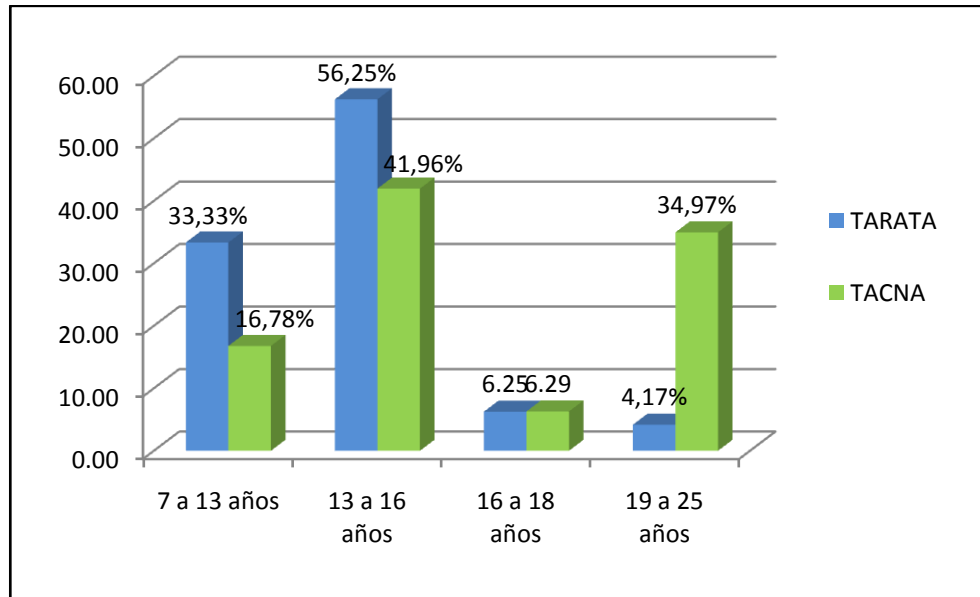
Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 10, donde se observan los resultados donde los adolescentes refieren que una infección de transmisión sexual es el Herpes y VIH con un porcentaje de 56,67% en Tarata y 64,23% en Tacna, y con un 16,67% en Tarata y 30,89% en Tacna refieren Sífilis y Gonorrea.

Como se muestra los resultados los adolescentes conocen cual es una infección de transmisión sexual en la que no existen diferencias entre la zona urbana y rural ya que en ambas Instituciones Educativas refieren en mayores porcentajes que son Herpes y VIH, y además Sífilis y Gonorrea.

GRÁFICO 11

COMPARACIÓN DEL ÍTEM ¿A QUÉ EDAD CREES QUE SE DEBE HABLAR DE SEXUALIDAD?



Fuente: Cuestionario de conocimientos y actitudes sobre salud sexual y reproductiva.

En el gráfico N° 11, los adolescentes refieren la edad que se debe hablar de sexualidad se encuentra en el rango de las edades de 13 y 16 años, los cuales refieren tanto en Tarata (56,25%) y Tacna (41,96%), y de 7 a 13 años en Tarata (33,33%) y Tacna (16,78%), y con 19 a 25 años en Tarata (4,17%) y Tacna (34,97%).

Respecto a los resultados los adolescentes de Tarata y Tacna refieren que la edad para hablar de sexualidad es de 13 a 16 años, no existen diferencias, con respecto a las demás alternativas con mayor porcentaje en Tarata a los 7 a 13 años y para Tacna de 19 a 25 años.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El primer hallazgo relevante que muestra los resultados, es la situación de conocimiento de los adolescentes de la I.E. José Rosa Ara del distrito de Tacna y las instituciones Educativas del distrito de Tarata, edad en la cual el adolescentes toma sus propias decisiones respecto a su sexualidad. Se encontró un predominio en el nivel de conocimiento regular y alto sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes, en Tacna (48% y 50%) y en Tarata (42% y 48%) respectivamente. Existe una mínima diferencia entre ambas instituciones educativas, siendo la I.E. José Rosa Ara de la zona urbana del distrito de Tacna un porcentaje mayor (50%) respecto a un nivel de conocimiento alto, sin embargo en las instituciones educativas de Tarata de la zona rural con un porcentaje mayor (48%) de un nivel de conocimiento regular.

Respecto a la actitud hacia la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la I.E. José Rosa Ara del distrito de Tacna y las instituciones Educativas del distrito de Tarata, en ambas instituciones educativas existe una actitud favorable, con un porcentaje mayor en Tacna (70%) y Tarata (58%). También se observó una actitud desfavorable para Tacna (8%) y Tarata (15%), estos resultados con un menor porcentaje indican que es un problema, ya que resalta un déficit importante en cuanto a este se refiere, lo cual señala una seria necesidad de apoyo del gobierno local y de la generación de estrategias educativas y estrategias de salud a través de programas sustentables que permita un óptimo desarrollo integral de los adolescentes con el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva.

La falta de conocimiento acerca de la planificación familiar y sexual y la falta de habilidades para poner ese conocimiento en práctica, pone a los adolescentes en riesgo de embarazo. La única medida global de la cobertura relacionada con la educación sexual indica que sólo el 36% y 24%, respectivamente, de los hombres y mujeres jóvenes de 15-24 años en las regiones en desarrollo tienen conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. Un mejor conocimiento sobre el sexo y la planificación familiar, no sólo prevenir los embarazos precoces y no deseados, permitirá contribuir a la consecución del Objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA).¹⁴

En este sentido merece especial atención las recomendaciones y mandatos que nos comprometen en relación al cuidado de la salud sexual y reproductiva como derecho de las personas, el mismo que debe reconocer a hombres y mujeres la decisión si quiere o no tener hijos, a tener embarazos y partos saludables, a no contraer enfermedades de transmisión sexual ni ser víctima de violencia y a recibir ayuda para poder engendrar hijos.

La adolescencia es el período más saludable del ciclo de vida y etapa de construcción de identidad individual y colectiva. La influencia del entorno social durante la adolescencia es fundamental en el desarrollo de estilos de vida y conductas determinadas. Así, la información contradictoria, la intensa exposición a los mensajes estereotipados de los medios de comunicación, el debilitamiento del entorno familiar, la insuficiente y/o distorsionada información, la ausencia de valores orientadores, y el ejercicio no responsable de su sexualidad, conduce a la adopción de estilos de vida y conductas de riesgo que son causa de que anualmente fallezcan miles de adolescentes por causas externas como: homicidios, suicidios, accidentes y traumatismos o por complicaciones del embarazo parto, post parto y aborto. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el VIH/SIDA, que se contrae cada vez con más frecuencia a esta edad, y el embarazo no deseado o no esperado durante la adolescencia son problemas de

salud pública y desarrollo porque limitan la expectativa personal, especialmente en la adolescente, y afectan su futuro en cuanto a calidad y proyectos de vida.

En nuestro departamento según el Censo 2007, se registró un total de 22 mil 89 mujeres adolescentes entre 12 a 19 años de edad, de las cuales 1 mil 209 son madres. Del total de madres adolescentes, el 3,6% tienen edades entre 12 a 14 años y el 96,4% restante entre 15 a 19 años. El distrito con mayor porcentaje de madres precoces de 12 a 14 años es Tacna (0,6%). En cuanto al porcentaje de madres adolescentes de 15 a 19 años, el distrito que presentan el mayor porcentaje, es Tarata (18,2%).³³

Los estudiantes adolescentes de las Instituciones Educativas de Tarata y Tacna, refieren que ya iniciaron una vida sexual activa, respondiendo a la pregunta de la encuesta que ya iniciaron sus relaciones sexuales coitales, con un 19% en las instituciones educativas de Tarata y un 18% en la I.E. José Rosa Ara. Siendo las edades en que iniciaron sus relaciones sexuales coitales, el rango de 10-12 años fue de 11% en Tarata y 29% en Tacna. En mayor porcentaje de 56% en Tarata y 59% en Tacna entre edades de 13 a 15 años y el rango de 16 a 17 años de 33% en Tarata y 12% en Tacna. Siendo

En el año 2010, Campo realizó un estudio para establecer la prevalencia y factores asociados al patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva (PCRSSR) en estudiantes de secundaria de Santa Marta, Colombia. Donde un grupo de 804 estudiantes informó haber tenido relaciones sexuales. Se determinó que el 36,1% mostró el estándar de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva. Aproximadamente uno de cada tres estudiantes adolescentes presenta alto riesgo de ser infectado por el VIH o de sufrir un embarazo no planificado. Se recomienda promover prácticas sexuales seguras.³⁴

Finalmente, ante los importantes hallazgos descritos y analizados en este trabajo, se ve que los estilos de vida saludable de los adolescentes aún es un problema que debe preocupar a las autoridades educativas, sanitarias y políticas, ya que este tiene un contexto de alcance regional y nacional, por lo que las evidencias mostradas otorgan una contribución sustancial al conocimiento técnico y científico en el tema de conocimiento y actitud de la salud sexual y reproductiva de una de las poblaciones más vulnerables en el entorno social (adolescentes) que se enfrentan a muchos riesgos de SSR que se derivan de la actividad sexual temprana y sin protección, y no deseados. Debe figurar dentro de las prioridades regionales, lo cual, obviamente invita a seguir abordando dicho problema, desde las competencias de cada especialidad para fortalecer el acceso a la educación sexual, la anticoncepción y accesible, asequible y apropiado, de la importancia de la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y naciones.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1. Existe una diferencia en el conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria en Tacna el conocimiento es alto y en Tarata el conocimiento es regular, asimismo la diferencia es mínima. Respecto a la actitud no existe diferencia ya que en los estudiantes la actitud es favorable.
2. El nivel de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tacna es alto.
3. El nivel de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata es regular.
4. Las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva predominantes en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tacna es una actitud favorable.
5. Las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva predominantes en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata es una actitud favorable.
6. Existe una correlación directa entre el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tacna.

7. Existe una correlación directa entre el nivel de conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva en los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata.
8. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tacna y Tarata refieren en su gran mayoría que no iniciaron su vida sexual activa, pero un mínimo de estudiantes respondió que si (18% y 19% respectivamente), el cual inició de los 13 a 15 años en ambos distritos, pero se observa la diferencia seguida después, en Tacna inicio su vida sexual activa a los 10 a 12 años de edad en un segundo lugar y en Tarata a los 16 a 17 años, esto trata de decir que en la zona urbana se inicia más temprano la vida sexual activa.
9. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna tienen conocimiento sobre salud sexual y reproductiva, información que lo obtienen en la escuela, seguida de folletos, internet, médicos, familia, la televisión, amigos, por último radios y revistas siendo en su gran mayoría igual en la zona urbana y rural.
10. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna, tienen conocimiento del método anticonceptivo como el preservativo, pastillas anticonceptivas, pastillas de emergencia así mismo del coito interrumpido conociendo la zona urbana y rural de la misma manera.
11. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna, tienen conocimiento que las infecciones de transmisión sexual se adquieren mediante el sexo, pero en ambos distritos el segundo lugar fue contacto en los sanitarios, esto trata de decir que un buen porcentaje de

alumnos tiene aún la creencia que en los sanitarios transmiten infecciones de transmisión sexual siendo en la zona rural con mayor porcentaje.

12. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna, refieren conocer el VIH y el Herpes en primer lugar como enfermedades de transmisión sexual, seguida de sífilis y gonorrea y por último diabetes y cáncer en ambos distritos no habiendo diferencias entre zona urbana y rural.

13. Los estudiantes del cuarto y quinto año de secundaria del distrito de Tarata y Tacna, refieren que la edad que se debe hablar de sexualidad debe ser a los 13 a 16 años, pero en el distrito de Tarata refieren en segundo lugar que se debe hablar de sexualidad a los 7 a 13 años a diferencia del Distrito de Tacna que en segundo lugar refirió que se debe hablar de sexualidad a los 19 a 25 años observándose una realidad que no concuerda con el inicio de las relaciones sexuales, se podría creer que el distrito de Tarata es mucho más realista que el distrito de Tacna.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

1. Se debería mejorar la educación respecto al conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva en los adolescentes de las Instituciones Educativas de la zona rural motivando al gobierno regional a desarrollar charlas sobre conocerse a sí mismo, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en apoyo con su Centro de Salud respectivo.
2. Es necesario fortalecer los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, en la zona urbana ya que ellos tienen más conocimientos sobre este tema, así que fortalecer estos mismos sería objetivo de intervención porque es la etapa donde el sujeto ejerce su autodeterminación y configurara su estilo de vida, actitudes y decisiones de su persona,
3. Esta capacitación sería bueno que fuese dada por personal capacitado como enfermeras u obstetras y no por profesores a menos que esté capacitado, así mismo sería bueno que la Unidad De Gestión Educativa Local (UGEL), diseñe, ejecute y evalúe la posibilidad de un Proyecto Educativo sobre salud sexual y reproductiva.
4. Es necesario identificar las causas por la que hay un mínimo de los adolescentes de las I.E. del distrito de Tacna y Tarata que tienen una actitud desfavorable y posteriormente aplicar estrategias a fin de elevar el mismo.
5. Sensibilizar a los adolescentes sobre la importancia que tiene el conocimiento de la salud sexual y reproductiva no solamente para tener una actitud favorable, sino para su integridad como persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan y Estrategia Regional de Salud Adolescente. Washington, D.C.: OPS; 2010.
2. Naciones Unidas. Comisión de Población y Desarrollo. Consejo Económico y Social. 45º período de sesiones. New York: UN; 2012.
3. World Health Organization. From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning - Improving contraceptive services for adolescents. WHO/RHR: Ginebra; 2012.
4. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Salud sexual y reproductiva. 2012 [Citado 15 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/es/>.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y los Jóvenes: Oportunidades, Enfoques y Opiniones. Washington, D.C.: OPS; 2008.
6. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. 2012 [Citado 12 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/.
7. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2007: El desarrollo y la próxima generación. Washington, DC: Banco Mundial; 2006.
8. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables. New York: UN; 2011.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 2011, 7 mil millones de personas: su mundo, sus posibilidades. New York: UNFPA; 2011.
10. World Health Assembly. Youth and Health Risks. Sixty-fourth WHA. 2011 May 24;24:1-4.

11. Organización Panamericana de la Salud. Salud sexual, reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. Washington, D.C.: OPS; 2010.
12. World Health Organization. Sexual and reproductive health [página en internet]. Addressing the sexual and reproductive health of adolescents. 2012 [Citado 29 Oct 2012]. WHO; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/background/en/index.html>
13. Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud sexual y reproductiva, Guías para el continuo de atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. 2a. Ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010.
14. World Health Assembly. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Sixty-fifth WHA. 2012 Mar 16;1-4
15. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Ginebra: OMS; 2012.
16. Organización Mundial de la Salud. Women and health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Ginebra: OMS; 2009.
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas. How universal is access to reproductive health? A review of the evidence. Nueva York: UNFPA; 2010.
18. Ahman E, Shah I. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality, International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011;115:121-126.
19. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion Worldwide: A Decade of uneven Progress. Nueva York: Guttmacher Institute; 2009.
20. Pan American Health Organization. Regional strategy for improving adolescent and youth health. Presented in the 48th Directing Council, Washington, DC.: PAHO; 2008.

21. Pan American Health Organization. A Regional Initiative to Integrate Sexual and Reproductive Health, Gender, HIV/AIDS and STI. Washington, D.C.: PAHO; 2008.
22. IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW , Young Positives. Instrumento de evaluación rápida para la salud sexual y reproductiva y los vínculos con el VIH, Una guía genérica. Londres: IPPF; 2009
23. Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. Salud notificó 388 casos de personas con VIH en Tacna. 03 Ago 2010 [Citado 10 Set 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=491&cntnt01returnid=57>.
24. Barker G, Ricardo C, Nascimento M. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: evidence from programme interventions. Ginebra: OMS; 2007.
25. WHO, UNFPA, IPPF, UNAIDS, UCSF. Salud sexual y reproductiva y el VIH vínculos: revisión de evidencias y recomendaciones. Ginebra: WHO; 2009.
26. Organización Mundial de la Salud. Programas y proyectos [página en internet]. Datos fundamentales sobre la epidemia mundial de VIH y los progresos realizados en 2010. 2012 [Citado 14 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/global_facts/es/index.html.
27. Ministerio de Salud. Dirección de Atención Integral de Salud- Etapa de Vida Adolescente. Boletín informativo. Etapa de vida adolescente - N°1. Salud de las y los Adolescentes Peruanos, Ubicándolos y ubicándonos. Lima: MINSA; 2011.
28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2011, Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2012.
29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Ojo al Perú, los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.

30. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007. Lima: Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales; 2010.
31. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Abril-Mayo-Junio 2012. INEI. 2012 Set;(3):3-62.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Perú: Conocimiento, Actitudes y Autopercepción de los varones de 15 a 59 años sobre el VIH e ITS, 2008. Lima: INEI; 2010.
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, Perfil Sociodemográfico del Departamento de Tacna. 1a. ed. Tacna: Oficina Departamental de Estadística e Informática (ODEI); 2009.
34. Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. A nivel nacional 21% de gestantes son adolescentes. 19 Oct 2010 [Citado 25 Ago 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=531&cntnt01returnid=57>.
35. Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. 17,6 % de embarazos en adolescentes se reportaron en primer trimestre. 17 Oct 2009 [Citado 30 Ago 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=268&cntnt01returnid=57>.
36. Dirección Regional de Salud Tacna. Información estadística [página en internet]. Cada mes se reportan entre 3 a 5 casos de personas infectadas con VIH. 24 Set 2008 [Citado 10 Set 2012]. MINSA; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: <http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=8&cntnt01returnid=57>.

37. International Planned Parenthood Federation, Guttmacher Institute. Datos sobre la salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes en el mundo en desarrollo. London: IPPF; 2010.
38. Pan American Health Organization. Observatorio Regional de Salud [página en internet]. Salud Reproductiva en adolescentes y jóvenes. 2010 [Citado 25 Oct 2012]. OPS/OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5401&Itemid=2391.
39. Organización Mundial de la Salud [página en internet]. 10 datos sobre la salud de los adolescentes. Set 2008 [Citado 14 Set 2012]. OMS; [aprox. 1 pantallas]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/es/index.html.
40. Ministerio de Salud del Perú. Prevención del embarazo en adolescentes [página en internet]. Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes. 2010 [Citado 30 Set 2012]. MINSa; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarazoadolescente/default.asp>.
41. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación de Salud del Perú. 1a. ed. Lima: MINSa; 2010.
42. Región de Salud Tacna. Dirección Ejecutiva de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud. DIRESA. Tacna: Dirección Regional de Salud; 2012.
43. Pinilla E, Forero CM, Valdivieso MC. Servicios de salud sexual y reproductiva según los adolescentes varones (Bucaramanga, Colombia). Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2):164-8.
44. Campo AA, Augusto CG, Herazo E. Prevalencia de patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(2):170-4.
45. Grajales IC, Cardona D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). Invest Educ Enferm. 2012;30(1):77-85.

46. Gestión del Conocimiento [página en internet]. Conocimiento. 2012. [Citado 5 Ago2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.gestiondelconocimiento.com/conceptos_conocimiento.htm.
47. Segarra CM, Bou LJC. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresa. 2005;2(53):175-9.
48. Real Academia Española [página en internet]. Diccionario de la lengua española. 22a. ed. Madrid: 2001. [Citado 23 Set 2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=conocimiento.
49. Sánchez SRM, Solís VN. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años del Pueblo Joven Dos de Junio del Distrito de Chimbote-Perú, 2011. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. 2011.
50. Gómez ZA. Introducción a la didáctica de las ciencias. Capítulo 2: Concepto de conocimiento. [serie en internet]. 2006. [Citado 8 Set 2012]; [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.mailxmail.com/curso-introduccion-didactica-ciencias/concepto-conocimiento>.
51. Macarro MJ. Actitudes y motivaciones hacia la práctica de actividad físico deportiva y el área de educación física, del alumnado de la Provincia de granada al finalizar la E.S.O. Editorial de la universidad de granada: Granada; 2008.
52. Real Academia Española [página en internet]. Diccionario de la lengua española. 22a. ed. Madrid: 2001. [Citado 25 Oct 2012]; [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=actitud.
53. Hernández SR, Fernández CA, Baptista LP. Metodología de la investigación. Recolección de los datos cuantitativos. 5a. ed. México: McGraw-Hill/Interamericana; 2010.
54. Zabala AA. Proyecto de investigación científica. Recolección de los datos. 1a. ed. Perú: Editorial San Marcos; 2007.

ANEXOS

“ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO DE TARATA Y UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL DISTRITO DE TACNA, 2012”

Estimado(a) Alumno(a):

Nos encontramos realizando una investigación sobre **Salud Sexual y Reproductiva (SSR)**. Nuestro objetivo es conocer los conocimientos y las actitudes de los adolescentes hacia esta temática. Por esto, es de suma importancia tu participación y la sinceridad de tus respuestas a la hora de completar el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será **absolutamente confidencial y anónima**.

Por favor, sigue las siguientes instrucciones para responder a la encuesta:

1. No escribas tu nombre en ninguna parte del cuestionario.
2. Recuerda que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
3. Responde a las cuestiones de forma individual. Por favor, no consultes con nadie. Nos interesa tu propia opinión.
4. Si tienes alguna duda, por favor, resuélvela con la persona que está a cargo de los cuestionarios.

De antemano: ¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!

I. DATOS PERSONALES DEL ENCUESTADO

Sexo: Masculino Femenino **Edad:** ____ años **Año de estudios:** ____ secundaria

II. CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Marque con una "X", la opción que consideres correcta:

1.	La sexualidad está limitada solo a aspectos biológicos o anatómicos (genitales). (-)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
2.	Las úlceras, llagas y heridas en la zona genital son síntomas que corresponden a una infección de transmisión sexual (ITS). (+)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
3.	El VIH/SIDA se contagia por medio de abrazos, besos y el contacto con una persona infectada. (-)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
4.	La salud sexual implica entender los cambios del cuerpo y considerarlos normales. (+)
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

5.	La masturbación afecta la salud mental ó física del ser humano. (-)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.	La primera vez que una chica hace el acto sexual con penetración no puede quedar embarazada porque es virgen. (-)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7.	Una mujer puede embarazarse por usar un baño público. (-)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8.	La salud reproductiva implica tener hijos e hijas en el momento que se considere oportuno. (+)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9.	El coito interrumpido (eyaculación fuera de la vagina) es un método muy eficaz para evitar el embarazo. (-)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10	La abstinencia es el único método anticonceptivo 100% efectivo. (+)
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11	¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales coitales?.
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<i>Si tu respuesta es Sí: ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?: _____ años</i>

Marque con una "X", de donde obtuvo información sobre **Salud Sexual y reproductiva**:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Familia | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Medico | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Amigos | <input type="checkbox"/> Folletos |
| <input type="checkbox"/> Revistas o Diarios | <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____ |

Marque con una "X", los **métodos anticonceptivos que conoce**:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Coito Interrumpido | <input type="checkbox"/> Dispositivo Intrauterino (DIU) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Pastilla de emergencia o del día siguiente |
| <input type="checkbox"/> Preservativo o Condón | <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?: _____ |

Marque con una "X" **¿Qué desventajas tiene practicar una salud sexual NO SEGURA?:**

- 1.-Embarazos no deseados 3.-Infecciones de transmisión sexual
 2.-Vida sexual satisfactoria 1 y 2

Marque con una "X" **¿Qué aspectos incluyen la salud reproductiva?:**

- Uso de métodos anticonceptivos Decidir con quién o cuando tener relaciones sexuales
 Derecho a decidir cuándo tener hijos todas

Marque con una "X" **¿Cómo se adquieren las infecciones de transmisión sexual?:**

- Besos Abrazos
 Sexo Contacto en los sanitarios
 Todas

Marque con una "X" **de las siguientes cual considera una infección de transmisión sexual**

- Sífilis y gonorrea Herpes y VIH
 Diabetes y cáncer Todas

Marque con una "X" **¿a qué edad crees que se debe hablar de la sexualidad?**

- De 7 a 13 años De 13 a 16 años
 De 16 a 18 años De 19 a 25 años
 Nunca

Marque con una "X" **¿a qué edad crees que se debe iniciar de la sexualidad?**

- Antes de los 13 años De 13 a 16 años
 De 16 a 18 años De 19 a 25 años

III. ACTITUDES HACIA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Marque con una "X", la opción que consideres correcta:

1.	Una mujer vale más cuando es virgen. (-)			
<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo

2.	Las relaciones sexuales deben darse únicamente cuando hay amor de por medio.(+)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
3.	Solo las trabajadoras sexuales (prostitutas) pueden contagiar una infección de transmisión sexual (ITS). (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
4.	Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH. (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
5.	Tendría relaciones sexuales con personas que acabo de conocer si me atraen. (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
6.	El embarazo es una gran responsabilidad. (+)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
7.	La mujer es quien debe tomar medidas para no quedar embarazada. (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
8.	Puedo acudir a un centro de salud para obtener información sobre métodos anticonceptivos. (+)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
9.	La crianza de los hijos es solo responsabilidad de la mujer. (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo
10	Si hay amor de por medio no es necesario usar el condón. (-)				
	<input type="checkbox"/> Muy de Acuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En Desacuerdo	<input type="checkbox"/> Muy en Desacuerdo